1 | 2006

Rivista di
Medicina
Respiratoria
Anno XII
Numero 42

MIDIA
EDIZIONI

PNEUMORAMA



Perio



PNEUMORAMA

1 | 2006

www.midiaonline.it

Rivista di Medicina Respiratoria
Anno XII Numero 42

Periodico Trimestrale, Reg. Tribunale di Monza n. 1116 del 2 Ottobre 1995, Spedizione in A.P. 45% art. 2 c. 20/B, L. 662/96 - Filiale di Milano

Pubblicazione di MIDIA srl
Via Santa Maddalena, 1 - 20052 Monza
Tel. 0392 304 440 Fax 0392 304 442
midia@midiaonline.it - www.midiaonline.it

Direttore Responsabile | **Antonio Schiavulli**

Direttore Scientifico | **Gianni Balzano**
Via Posillipo, 308 - 80123 Napoli
Tel. 0815 366 679 Fax 0815 366 640

Segretaria di redazione (Monza) | Elena Narcisi

Redazione e relazioni esterne | Manuela Polimeni
Debora Finotti

Progetto grafico | Maurizio Milani

Impaginazione, CTP, stampa | Artestampa, Galliate L. (VA)

Pubblicità | MIDIA

L'inserimento di collaborazioni esterne è soggetto all'accettazione della Direzione Scientifica. Gli Autori autorizzano *PNEUMORAMA* a utilizzare il loro nome per pubblicizzare il loro lavoro nel contesto della pubblicazione della rivista. *PNEUMORAMA* non è in nessun caso responsabile delle informazioni fornitele dai relatori, ciascuno certificando la veridicità e l'esattezza dei contenuti dei loro articoli.

Prezzo copia € 6,20. Abbonamento a quattro numeri € 24,80 da versare sul C/C postale n. 34827204 intestato a MIDIA srl, Via Santa Maddalena 1, 20052 MONZA (MI).

PNEUMORAMA è spedita in abbonamento postale. L'indirizzo in nostro possesso verrà utilizzato per l'invio di questa e di altre pubblicazioni. Ai sensi e in conformità con l'art. 10 L. 31/12/96, n. 675, MIDIA informa che i dati inseriti nell'indirizzario di *PNEUMORAMA* e quelli ricevuti via fax o lettera di aggiornamento verranno archiviati nel pieno rispetto delle normative vigenti e saranno utilizzati a fini scientifici. È nel diritto del ricevente richiedere la cessazione dell'invio della rivista e/o l'aggiornamento dei dati in nostro possesso.

INDICE

PNEUMORAMA 1 | 2006

Rivista di Medicina Respiratoria
Anno XII
Numero 42

Unità e trasparenza, vince il malato

Antonio Schiavulli

La nomina di Antonio Corrado a presidente dell'AIPO è stata salutata da molti come un segno di discontinuità. Discontinuità da che cosa? Da gestioni passate, si dice, poco collegiali, dove i vertici hanno contato più delle basi, dove il confronto democratico delle idee non è stato l'elemento caratterizzante. Il problema, se mai ci è stato, non è il problema di un'associazione scientifica, ma di tutta una disciplina medica, ovvero della pneumologia italiana.
Negli ultimi anni francamente abbiamo assistito ad una costante delusione delle aspettative di unità della medicina respiratoria che potesse essere la base di partenza per un riscatto della disciplina, vittima da anni della sua stessa frammentazione e conflittualità.

A fianco dell'AIPO ho visto in questi anni nascere la SIMeR, la UIP (il momento unitario), ho visto rinascere la "gloriosa" Federazione contro le Malattie Polmonari Sociali e la Tubercolosi, ultima nata l'AIMAR. Caspita che vivacità! Mi sembra di essere nella politica italiana. Tanti partiti, tanti segretari, tanti di tutto. Se i partiti della politica hanno spesso dimostrato di non preoccuparsi molto della volontà degli elettori, si sono comportate meglio le nostre società scientifiche? Hanno guardato sempre agli interessi della disciplina e dei loro associati? La risposta la lascio ai lettori e come sempre mi piace invitare al dibattito, immaginando che qualcuno abbia qualcosa da dire, senza temere nulla. Perché il punto è questo. Per molto tempo c'è stata come una paralisi, causa una nostra educazione alla fazione, al clan. Non si può tradurre, come si è fatto per anni, il dissenso in conflitto.
Se sono critico non sono un nemico, ma semplicemente uno che crede di avere il diritto di non essere d'accordo, e di potersi confrontare democraticamente.



Si è detto anche delle Aziende qualche volta che "quella Azienda non ci è amica". Ma via! Le Aziende sono quelle che permettono le iniziative educazionali, i progetti che migliorano la cultura dello specialista e il trasferimento delle conoscenze sul territorio. Ma si propongano progetti intelligenti e utili, e magari anche questi unitari, perché l'unità della pneumologia può produrre solo progetti intelligenti e utili, evitando la concorrenza tra società scientifiche là dove la concorrenza (a differenza del mercato) non produce proprio nulla di buono, anzi disperde capacità intellettuali dei medici e risorse delle Aziende.

Anche le Aziende devono avviarsi verso nuovi comportamenti. Si lamentano spesso per la polverizzazione della disciplina che li porta ad avere troppi interlecutori, ma poi ne assecondano i progetti, convinte che non se ne possa fare a meno. A ciascuno il suo.
Si riaffermino i ruoli e si lavori nella massima trasparenza. Si consideri la pneumologia come il comune interesse di tutti gli attori della commedia respiratoria, senza dimenticare che l'attore protagonista è un attore non professionista (che farebbe volentieri a meno di fare parte del cast), una persona qualunque con problemi respiratori (spesso gravi).

BPCO e peso corporeo

Gianni Balzano

Siamo abituati a considerare la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) come una malattia limitata al polmone e caratterizzata da determinate alterazioni funzionali respiratorie e da un certo tipo di infiammazione cronica delle vie aeree [1]. In contrasto con questa concezione di malattia d'organo, in questi ultimi anni si sono accumulate diverse evidenze a favore della presenza nella BPCO di manifestazioni extrapolmonari, che appaiono rilevanti ai fini prognostici e che sembrano conferire alla malattia la fisionomia di un disordine sistemico [2]. Esempi di tali manifestazioni sono l'infiammazione sistemica [3] e la perdita di peso corporeo [4], benché non sono probabilmente meno importanti altri aspetti, invero ancora poco conosciuti, quali un aumentato rischio di malattie cardiovascolari e diverse alterazioni di natura neurologica, endocrina, scheletrica [2]. I meccanismi che sono alla base di queste manifestazioni non sono del tutto chiariti, ma probabilmente essi sono molteplici e comprendono, fra gli altri, l'infiammazione sistemica, l'inattività, l'ipossia tessutale e lo stress ossidativo [2].
Riguardo, in particolare, alla perdita di peso, risulta ormai evidente che essa rappresenta un fattore prognostico sfavorevole nella BPCO, sia in termini di morbilità che di mortalità, a tal punto che alcuni hanno recentemente proposto di utilizzare per la definizione di gravità della malattia un parametro complesso, nel quale risultano incorporati non solo gravità dell'ostruzione delle vie aeree, grado di dispnea e capacità di esercizio, misurazioni, per così dire, abituali in campo respiratorio, ma anche l'indice di massa corporea (body mass index: BMI), che entra così a tutti gli effetti nella valutazione del paziente con BPCO [5].
Studi recenti indicano che, ancor più strettamente che al BMI, la prognosi del paziente con BPCO è legata al valore dell'indice di massa magra (fat-free body mass index: FFMI), in quanto evidentemente esso riflette, meglio del BMI, la massa della muscolatura scheletrica.
Uno studio di pochi anni fa aveva già dimostrato che una riduzione della sezione trasversa della muscolatura della coscia misurata mediante tomografia computerizzata è un predittore di mortalità entro 3 anni migliore del BMI in pazienti con BPCO [6].
Una conferma recente del dato precedente arriva da un'indagine che ha utilizzato il database del Copenhagen City Heart Study e che ha riguardato, pertanto, non una limitata casistica ospedaliera, ma un campione di ben 1898 pazienti con BPCO, individuati nell'ambito del suddetto studio epidemiologico condotto sulla popolazione di Copenhagen [7]. Lo studio ha dimostrato innanzitutto che un basso FFMI può essere associato a BPCO di qualunque livello di gravità ed è rilevabile in una quota non trascurabile (26,1%) di pazienti con normale BMI; inoltre, che BMI e FFMI sono entrambi ben correlati al rischio di mortalità; infine, che un basso FFMI è associato ad un aumentato rischio di mortalità complessiva e, ancor più, di mortalità connessa a BPCO anche nei casi in cui il BMI è normale [7]. Gli autori concludono che l'FFMI fornisce informazioni aggiuntive rispetto al BMI e che la misurazione dell'FFMI dovrebbe essere presa

in considerazione nella valutazione routinaria della BPCO [7].
Che un indice di massa corporea magra e, dunque, di massa muscolare scheletrica sia così ben correlato con la prognosi della BPCO non è affatto sorprendente, vista la cruciale importanza rivestita dalla muscolatura scheletrica nel mantenimento della capacità d'esercizio e della tolleranza allo sforzo fisico. Infatti, dall'atrofia con conseguente debolezza muscolare, che nella BPCO sembra, almeno in parte, causata dalla localizzazione dell'infiammazione a livello del muscolo striato [2,3] deriva lo stato di inattività del paziente, con innesco di un pericoloso circolo vizioso, nel quale entrano decondizionamento fisico, ulteriore riduzione dell'attività, depressione, riduzione dell'introito alimentare, ulteriore perdita di peso, fino alla cachessia e alla morte.
Mentre il BMI può essere calcolato facilmente conoscendo peso e altezza del paziente, l'FFMI richiede la misurazione dei compartimenti corporei magro e grasso. Possono essere utilizzati a tale scopo vari metodi, alcuni molto semplici, ma approssimativi, come la plicometria cutanea, altri più precisi, ma complessi e costosi, quali la risonanza magnetica e la diluizione del deuterio. Probabilmente fra i più convenienti e più spesso utilizzati in campo clinico è quello basato sull'analisi dell'impedenza bioelettrica (impedenziometria), che si fonda sulla differente capacità di conduzione di una corrente alternata mostrata dai tessuti grassi rispetto a quelli magri. Il metodo è semplice, sicuro, non invasivo e relativamente poco costoso.
È auspicabile che la valutazione della massa magra, vista l'importanza delle informazioni che essa può fornire nei pazienti con BPCO, diventi disponibile nelle Unità di Pneumologia e di Fisiopatologia respiratoria e venga utilizzata di routine, soprattutto in quei pazienti che presentano un normale BMI. Può rivelarsi, infatti, prezioso l'indirizzo che questo esame può dare agli interventi terapeutici, soprattutto di tipo nutrizionale e riabilitativo.

Bibliografia

[1] Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease, updated 2005.

[2] Bethesda MD. National Heart, Lung and Blood Institute, World Health Organization; 2005.

[3] Augusti AG, Noguera A, Sauleda J, Sala E, ons J, Busquets X. Systemic effects of chronic obstructive pulmonary disease. Eur Respir J 2003; 21: 347-360.

[4] Gan WQ, Man SF, Senthilselvan A, Sin DD. Association between chronic obstructive pulmonary disease and systemic inflammation: a systematic review and a meta-analysis. Thorax 2004; 59: 574-580.

[5] Prescott E, Almdal T, Mikkelsen KL, Tofteng CL, Vestbo J, Lange P. Prognostic value of weight change in chronic obstructive pulmonary disease: results from the Copenhagen City Heart Study. Eur Respir J 2002; 20: 539-544.

[6] Celli BR, Cote CG, Marin JM, Casanova C, Montes de Oca M, Mendez RA, Pinto Plata V, Cabral HJ. The body-mass index, airflow obstruction, dyspnea, and exercise capacity index in chronic obstructive pulmonary disease. N Engl J Med 2004; 350: 1005-1012.

[7] Marquis K, Debigarè R, Lacasse Y, LeBlanc P, Jobin J, Carrier G, Maltais F. Midthigh muscle cross-sectional area is a better predictor of mortality than body mass index in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Am J Respir Crit Care Med 2002; 166: 809-813.

[8] Vestbo J, Prescott E, Almdal T, Dahl M, Nordestgaard BG, Andersen T, Sørensen TIA, and Lange P. Body mass, fat-free body mass, and prognosis in patients with chronic obstructive pulmonary disease from a random population sample. Am J Respir Crit Care Med 2006; 173: 79-83.





La via della ventilazione

Apnee ostruttive del sonno (OSAS)		Insufficienze Respiratorie Croniche (BPCO, malattie neuromuscolari, cifoscoliosi, esiti di TBC)		
Ventilazione non invasiva				Ventilazione invasiva
C-Pap	**Autocpap**	**BiLevel S / ST**		**PSV / Volumetrico**
Somnotron	Somnosmart 2	Somnovent	Serena / Integra	Ultra

Questo schema si propone di dare un suggerimento sul tipo di apparecchio da usare in base al tipo e alla gravità della patologia, senza per questo fornire una indicazione clinica precisa.

VIVISOL
Home Care Services

VIVISOL Srl Headquarters Piazza Diaz, 1 I-20052 MONZA (MI) Tel. 039 -2396359 Fax 039 - 2396392
internet: http//www.vivisol.com

Metti una sera a Ferrara

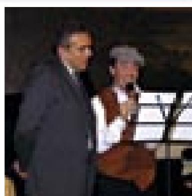










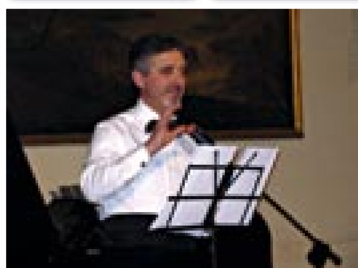












Martedì 7 febbraio, in concomitanza con la chiusura degli Workshop di Ferrara (Progetto Educazionale *Evidence in Pneumology*) che si svolgono tradizionalmente tra gennaio e febbraio, EventoMidia, in collaborazione con Vivisol, ha voluto offrire ai partecipanti del *Clinical Research in Pneumology* e ai rappresentanti delle Aziende sostenitrici un evento musicale d'eccezione.
A vent'anni dalla scomparsa del grande Nino Taranto, Francesco de Blasio, noto a tutti come pneumologo, si svela come nipote del cantante/attore napoletano e racconta insieme ai suoi amici musicisti la storia artistica di suo nonno. Una serata/spettacolo che, per essere goduta anche da chi non c'era, è stata portata su un DVD, realizzato da Midia Edizioni e sponsorizzato da Vivisol, che verrà presentato durante il prossimo congresso del Capitolo Italiano di *CHEST-ACCP* (Napoli, 4-6 maggio).

La Metodologia Clinica e l'approccio scientifico ai problemi

Giuseppe Munafò



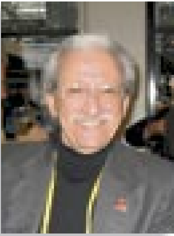
Si è svolto a Ferrara, come è noto ai lettori di questa rivista, tra gennaio e l'inizio di febbraio, il settimo workshop del GIMBE, dal titolo Evidence-Based Pneumology.
E devo dire, che come tutti i colleghi presenti sono rimasto favorevolmente colpito dalle novità nell'approccio scientifico alla Medicina, che si sono aperte per i partecipanti.
Anche se il pubblico era composto sostanzialmente da "Clinici" esperti, abituati al rigore del ragionamento scientifico al letto del paziente, la maggior parte di noi, non è stata, in passato, formata in modo sistematico alla conoscenza delle basi statistiche, matematiche, informatiche, di questo approccio.
Siamo, noi clinici, in sostanza, dal punto di vista della metodologia scientifica, degli autodidatti.
Il Corso si è inserito in questo vuoto, e francamente si sentiva proprio la necessità di partire dalle basi della conoscenza.
La possibilità di eseguire una ricerca scientifica sul Web in modo ortodosso, sia che sia necessaria per una delle nostre relazioni, sia che ci sia utile per risolvere un quesito clinico, è solo una delle applicazioni pratiche che derivano a cascata da questo tipo di conoscenza.
Alla luce dei criteri scientifici, si comprendono meglio anche questioni, che abbiamo in passato cercare di portare avanti: la ricerca della qualità in Medicina, più che la ricerca della quantità. Primum non Nocere, significa d'altronde anche intervenire quando siamo certi che il nostro intervento migliora la storia naturale della malattia di quel paziente: e questo significa ricerca della qualità in Medicina.
È anche piacevole vedere come questo corso all'avanguardia sia dedicato specificamente alla Pneumologia, che si conferma branca eminentemente clinica ed in crescita e maturazione costante.
Certo, nella Medicina di oggi, rimane, ho l'impressione, una cesura netta, tra quello che è il vecchio approccio clinico giustamente dominante nella pratica di tutti i giorni, come dicevamo prima "al letto del malato" e quelli che sono i nuovi approcci scientifici della Medicina Basata sulle Evidenze. Intendo dire che la Medicina di oggi, nasce dalla clinica dell'Ottocento e dei primi del Novecento, fondata su basi scientifiche Galileiane e Cartesiane e il metodo clinico (Anamnesi prima di tutto, Esame obiettivo, ragionamento logico e quindi diagnosi), ha portato ai successi degli ultimi due secoli: ma oggi per il 2000, non è il caso di chiedersi come innestare in questo vecchio e valido tronco le nuove impostazioni della Scienza? Non è il caso di chiedersi cosa le impostazioni più rigorosamente matematico-statistiche della Ricerca Medica di oggi possano arrecare anche al campo della Metodologia Clinica, appunto "al letto del malato"? Finora le applicazioni di questo tipo di approccio hanno dato frutti prevalentemente nel campo della ricerca e della terapia, ma un maggiore interesse dei Medici a queste questioni potrà stimolare un approccio anche ad altri aspetti del nostro lavoro.
Un ringraziamento alla città di Ferrara e alla sua ospitalità (e gastronomia) e a tutti gli organizzatori e docenti: a presto.

Il nuovo “volto” di CHEST annuncia una nuova era

“Era: periodo storico caratterizzato da un nuovo ordine di cose”

Dizionario Merriam-Webster Collegiate [1]

Richard S. Irwin



Dopo aver pubblicato nello scorso numero di Pneumorama [41 - 4, 2005] un articolo sulla storia della Guida editoriale di CHEST, la prestigiosa rivista dell’American College of Chest Physicians, dalla sua nascita nel 1935 ai giorni nostri, presentiamo in questo numero l’articolo di Richard S. Irwin, nuovo Editor in Chief di CHEST apparso sul primo numero di CHEST del 2006

La nuova copertina o “volto” del fascicolo di Gennaio 2006 di *CHEST* annuncia i cambiamenti che si sono verificati sia nel contenuto editoriale che nel formato della *rivista* è ciò che sarà d’ora innanzi pubblicato a partire da questo 71° anno di storia, che definiamo una “nuova era”. La copertina è stata ridisegnata in modo da riflettere i cambiamenti. Anche se il nuovo design appare adesso più moderno, non ha perso la sua identità. A questo proposito, nell’affermare che è mio preciso scopo, nonché quello degli Associate Editors e di tutti i componenti del Board editoriale, quello di migliorare la qualità dei lavori scientifici e clinici pubblicati su *CHEST*, voglio nel contempo assicurare a tutti i lettori che ciò non avverrà a spese dell’attuale composizione della rivista. *CHEST* è e rimarrà prima di tutto una rivista clinica, con una missione educazionale molto importante.

E c’è anche un’altra novità, rappresentata dal riconoscimento tangibile all’importante contributo che ci verrà dagli Associate Editors, dal nuovo Board editoriale e dagli Editors delle edizioni internazionali.
Il fascicolo di Gennaio 2006, inoltre, ritorna alle abituali dimensioni, dopo che, a causa del necessario smaltimento degli articoli in attesa di pubblicazione, gli ultimi fascicoli dell’anno scorso (in particolare il fascicolo di ottobre) erano risultati di dimensioni eccezionalmente ampie.
Nella Tabella 1 è sintetizzato il nuovo sommario di *CHEST*. Esso è il risultato di discussioni, analisi, riunioni avvenute all’interno del nuovo Board editoriale, sui risultati emersi da un sondaggio sottoposto ai

Tabella 1 The New Table of Contents for CHEST

Editorials
Original Research
Recent Advances in Chest Medicine
Translating Basic Research into Clinical Practice
Special Features
Global Medicine
Medical Ethics
Topics in Practice Management
Selected Reports
Postgraduate Education Corner
  Contemporary Reviews in Sleep Medicine
  Contemporary Reviews in Critical Care Medicine
  Chest Imaging for Clinicians
  Pulmonary and Critical Care Pearls
  Case Records from the University of Colorado
  Medical Writing Tips of the Month
Correspondence

lettori di *CHEST* ed ai membri dell'ACCP. Inoltre, esso va nella direzione di quanto da me promesso nell'editoriale di luglio 2005 [2] (apparso nel fascicolo 3/2005 dell'edizione italiana). Il contenuto editoriale si svilupperà essenzialmente nella medicina respiratoria, nella terapia intensiva, nella medicina del sonno e nelle interazioni cardiovascolari che le correlano. Inoltre, *CHEST* approfondirà sempre più tematiche societarie contemporanee e della pratica medica.
Le principali sezioni del giornale *(Editoriali, Original Research, Selected Reports, Pulmonary and Critical Care Pearls, Correspondence)*, la cui coordinazione e supervisione è stata affidata ai Section Editors John E. Heffner e Steven A. Sahn, rimarranno fondamentalmente immodificate, anche se meno estese in lunghezza. Per la prima volta gli Autori dovranno rispettare le norme che regolano la lunghezza degli articoli, così come specificato nelle nuove "Istruzioni per gli Autori". Il limite massimo istituito nella lunghezza degli articoli faciliterà gli autori nella preparazione di articoli più brevi e concisi che, a sua volta, renderà più agevole la consultazione e la lettura della *rivista*. Per quanto riguarda la sezione *Selected Reports*, è importante sottolineare che gli articoli pubblicati dovranno soddisfare i seguenti criteri: unicità (ad es. la prima descrizione in letteratura), novità, potenziale importanza pratica, valore educazionale.
Tutte le altre sezioni indicate nella Tabella 1 sono nuove e sono state pianificate con accuratezza. Ad esempio, Nicholas S. Hill e Jesse B. Hall coordineranno e supervisioneranno gli articoli inclusi nella sezione *Recent Advances in Chest Medicine*, nella quale appariranno novità degli ultimi due o tre anni.
Peter J. Barnes e Paul M. O'Byrne saranno responsabili della sezione *Translating Basic Research into Clinical Practice;* in questa sezione saranno evidenziate le implicazioni cliniche o l'importanza clinica potenziale della ricerca di base. Il primo articolo di questa serie è di Peter J. Barnes, "Riduzione della istone-deacetilase nella BPCO: *implicazioni cliniche*" [3]. Ci sono altri cinque articoli pronti per essere pubblicati nella medesima



sezione [4-8]. Nei prossimi fascicoli appariranno articoli sull'informatica medica e sulle tecnologie simulate in pneumologia e terapia intensiva. La scelta di questi articoli è una prerogativa del sottoscritto.
Mary S. Ip e Surinder K. Jindal sono responsabili degli articoli pubblicati nella sezione denominata *Global Medicine*, che tratterà argomenti di pertinenza generale per tutti i medici nel mondo. Il primo articolo di questa serie è stato pubblicato nel fascicolo di gennaio dal titolo Infezione umana da virus dell'influenza aviaria di Kwok-Yung Yuen [9].
Constantine A. Manthous si occuperà della sezione *Etica Medica* ideata per una revisione regolare delle istanze che riguardano l'Etica e che influenzano la pratica della medicina e della ricerca al giorno d'oggi. Scott Manaker è responsabile della sezione *Topics in Practice Management*; degli articoli di questa sezione associeranno brevi review su argomenti clinici con prospettive di pratica manageriale (ad esempio, codificazione, fatturazione, rimborso, documentazione). Il primo articolo è La riabilitazione ed i servizi di terapia respiratoria nell'ambulatorio del medico, di Sam Birnbaum e Brian Carlin [10].
Nella sezione denominata *Angolo Educazionale Post-Graduate* verranno

pubblicati differenti tipi di articoli.
Ad esempio, Nancy A. Collop e Virend K. Somers hanno selezionato argomenti di *Medicina del Sonno*; Curtis N. Sessler e Howard L. Corwin selezioneranno gli argomenti di *Terapia Intensiva*. Suhail Raoof, David P. Naidich e William D. Travis saranno responsabili della sezione *Imaging Toracico per il Medico Clinico*. Gli articoli inviati per la pubblicazione in questa sezione dovranno essere incentrati su casi clinici presentati con iconografia riguardante le tecniche diagnostiche radiologiche, ma dovranno anche contenere dettagli anatomopatologici. Martin I. Schwarz selezionerà gli articoli per la sezione denominata *Casi Clinici dall'Università del Colorado*. Inoltre, Patrick Barron coordinerà e revisionerà una sezione dedicata alla preparazione di manoscritti scientifici denominata *Medical Writing Tips of the Month*. La grande utilità di questa sezione educazionale verrà particolarmente apprezzata da chi effettua revisioni di articoli scientifici. Un primo ed evidente vantaggio potenziale per gli Autori, non solo quelli di lingua madre inglese, è che troveranno suggerimenti molti utili nella preparazione dei manoscritti. Infine, per coloro i quali sono interessato a ricevere punti ECM attraverso la nostra *rivista*, continueremo a fornire 1 ora di crediti ECM di categoria 1, almeno per ogni fascicolo, sperando di poter ampliare questa offerta in futuro. L'articolo accompagnato dal credito formativo sarà sempre evidenziato nel sommario del fascicolo. Ulteriori informazioni saranno pubblicate ogni mese nella sezione "Istruzioni per ricevere crediti ECM con la *rivista*".
Tutti i potenziali Autori di *CHEST* dovranno essere al corrente dei requisiti uniformi per la sottomissione di manoscritti ai giornali medici, contenute nel sito Internet http\\www.ICMJE.org, così come dovranno seguire con attenzione le istruzioni per gli Autori della lettera contenute in un'apposita sezione della rivista. A questo proposito desidero incoraggiare tutti i potenziali Autori di *CHEST* a leggere ed aderire a tutte le sezioni in essa contenuta, in particolar modo a quelle riguardanti la pubblicazione in duplicato, l'approvazione dell'IRB (Institution Review Board), il conteggio delle parole, il registro degli studi clinici, i fondi per la ricerca provenienti dalla commercializzazione del tabacco? e la dichiarazione di conflitto di interessi.
Nella complessa opera di riorganizzazione della nostra rivista ci siamo proposti di non pubblicare articoli di stretta competenza cardiologica, studi condotti sull'animale, così come gli articoli pubblicati nelle precedenti sezioni, che sono state sostituite o ristrutturate così come descritto prima.
Il nuovo volto di *CHEST* annuncia una nuova era. A partire dai prossimi fascicoli, la struttura delle sezioni, così come sintetizzata nella Tabella 1, diventerà sempre più compresa e familiare. Nella consapevolezza di aver introdotto molti cambiamenti, intendo rassicurare i nostri lettori che l'impatto di questi cambiamenti verrà continuamente monitorato. Se qualcosa non andrà per il verso giusto, siamo pronti a modificarla.
"Nulla è mutato in pietra".

Bibliografia

[1] Merriam-Webster's Collegiate Dictionary. 10th ed. Springfield, MA: Merriam-Webster, 1999; 864.

[2] Irwin RS. The editorial stewardship of CHEST changes hands. Chest 2005; 128: 1-3.

[3] Barnes PJ. Reduced histone deacetylase in COPD: clinical implications. Chest 2006; 129: 151-155.

[4] Nijkeuter M, Hovens MMC, Davidson BL, et al. Resolution of thromboembolism with acute pulmonary embolism. Chest 2006; 129: 192-197.

Dr. Irwin è l'Editor in Chief, *CHEST*.

Dr. Irwin dichiara di non avere nessun reale o potenziale conflitto di interesse personale o finanziario.

Corrispondenza: Richard S. Irwin, MD, FCCP, Editor-in-Chief, CHEST, American College of Chest Physicians, 3300 Dundee Rd, Northbrook, IL 60062-2348; e-mail: rirwin@chestnet.org

(CHEST 2006; 129:1-3)

[5] Kaw R, Michota F, Jaffer A, et al. Unrecognized sleep apnea in the surgical patient. Chest 2006; 129: 198-205.

[6] Baumann MH, Dellert RN. Performance measures and pay for performance. Chest 2006; 129: 188-191

[7] Guyatt G, Baumann M, Pauker S, et al. Addressing resource allocation issues in recommendations from clinical practice guideline panels: suggestions from an American College of Chest Physicians Task Force. Chest 2006; 129: 182-187.

[8] Guyatt G, Gutterman D, Baumann MH, et al. Grading strength of recommendations and quality of evidence in clinical guidelines: report from an American College of Chest Physicians Task Force. Chest 2006; 129: 174-187.

[9] Yuen KY. Avian influenza virus infections in humans. Chest 2006; 129: 156-168.

[10] Birnbaum S, Carlin B. Pulmonary rehabilitation and respiratory therapy services in the physician office setting. Chest 2006; 129: 169-173.

Testo tratto da: CHEST Edizione Italiana
VIII, 1, gennaio-marzo 2006
Traduzione a cura di Francesco de Blasio

La tela del ragno della lobby del tabacco. Gole profonde

Quello che i fumatori (e i non fumatori) non sanno

Vincenzo Zagà, Franco Salvati

Esiste una *"lobby molto potente che ha margini economici altissimi che si muove a difesa dei grandi interessi che ruotano intorno al fumo"*. Per questo *"le multinazionali del tabacco hanno occultato i dati sulla pericolosità di quello che producevano"*. Sono le dichiarazioni dell'ex Ministro della Salute Girolamo Sirchia, riportate in un coraggioso articolo della giornalista Maria Zagarelli nella prima pagina dell'Unità del 13 novembre 2002. Coraggioso perché, documenti alla mano, veniva fatta luce sul livello politico, economico e giornalistico delle connivenze e gole profonde al soldo delle multinazionali del tabacco.
Per dirla tutta, come contemporaneamente riportavamo anche nel numero 1/2003 di tabaccologia, questi si avvalevano anche di esperti che cercavano di scoprire cosa si stava dimostrando, attraverso studi e ricerche, sugli effetti del fumo [1]. Fra i nomi eccellenti il prof. Ragnar Rylander, svedese, dell'Università di Ginevra, e il prof. Giuseppe Lojacono, presidente della Società Italiana di Epidemiologia e Direttore della rivista Epidemiologia e Prevenzione, ininterrottamente dal 1997 alla sua morte, avvenuta nel 1999. Un'azione di intelligence e di spionaggio vero e proprio esercitato da queste *"gole profonde*", nei riguardi di chi studiava gli effetti devastanti delle sigarette sulla salute.

Il sito

Tutto questo scenario, con strategie e nomi di riferimento per i vari livelli, sarà drammaticamente chiaro ed evidente se provate a digitare www.pmdocs.com [9].
Basta una buona conoscenza dell'inglese e una certa curiosità sul tema in questione. Una vera miniera di informazioni da cui ormai i tabaccologi non possono più prescindere. Si tratta di un sito dalla interfaccia semplice ma con un motore di ricerca che vi darà accesso ad un archivio immenso con più di 32 milioni di pagine di documenti desecretati, troppe anche per il più entusiasta degli appassionati.
Sito questo istituito nel 1998 per decreto di un Tribunale del Minnesota, grazie al paragrafo IV dell'Attorneys General Master Settlement Agrement, siglato in seguito al processo che ha visto dietro il banco degli imputati la Philip Morris (PM) contro le compagnie assicurative Blue Cross/Blue Schield che chiedevano il risarcimento del denaro spesso in cure mediche dai fumatori. Insomma, fosse stato per le multinazionale quei documenti sarebbero rimasti riservati con tutti i loro segreti su ricerche, investimenti, contratti, rapporti con la politica, con i politici, il mondo scientifico e dei mass media del pianeta.
E invece il giudice è andato giù duro: l'obbligo di pubblicazione riguarda tutti i documenti passati e futuri fino al 2010 per tutti i documenti pubblici e privati: un vero e proprio "pozzo di San Patrizio" rappresentato da un archivio immenso.

Il livello politico e massmediatico

Un anello essenziale della strategia di PM si rivela il mondo della comunicazione al fine di agevolare il lavoro "edulcorante" dei politici arruolati e di disorientare l'opinione pubblica sul fumo passivo dettando tempi e intensità degli interventi.
Ed ecco allora il doc. n° 2501021775 (*"strictly confidential"*), sotto la sigla "Ph Morris Corporate Service inc", filiale italiana, parla di una giornalista, molto ben introdotta negli ambienti governativi, amica di politici: il budget dedicatole dalla PM è di ben 250 milioni di lire… *"per il delicato lavoro che svolge!"*
Altro documento riguarda un'altra giornalista, francese, moglie di un giornalista ben inserito nel giro "giusto" con amici nel governo e nei

vari centri di potere italiani. La signora è nella lista dei collaboratori della PM con il compito di *"organizzare, cene, viaggi, incontri con personalità politiche"*. Spuntano poi documenti che riguardano i più importanti gruppi politici, formazioni e movimenti ambientalisti e culturali. L'intero costo di questa operazione politica massimediatica per i primissimi anni '90 è di 150 miliardi di lire, con lo scopo dichiarato di *"aumentare la nostra rete di contatti politici e promuovere la PM come una compagnia impiegata socialmente: sponsorizzazione di mostre, eventi culturali e finanche convegni scientifici sull'ambiente*". In questo caso, per decenza, la sponsorizzazione degli eventi scientifici avveniva tramite consociate della Holding, nei quali il problema fumo passivo aveva regolarmente un ruolo ancillare.

Il 1993 rappresentava per la PM un anno di forte investimento sul fronte politico *"per guadagnare uno spazio favorevole ai nostri affari"* (doc. n° 250102177) cioè ancora contatti: il primo Ministro contattato sei volte tra Roma e Genova; 13 Ministri, 8 vice Ministri, 3 Direttori dei più importanti giornali politici, 20 Parlamentari, 3 Leader di partiti e ancora staff di uomini di potere, portaborse fino ai... "nani e ballerini" di non lontana memoria. Quale lo scopo?

In via confidenziale, come tutto il documento, per *"sviluppare gruppi favorevoli al fumo nelle principali città italiane"*. E sì, perché i problemi per Big Tobacco ci sono e con un trend in crescita: ci sono state infatti 11 proposte di legge non ancora approvate (siamo nel 1993) e non saranno mai approvate fino al 2000 con Veronesi prima e Sirchia poi nel 2005, e nel frattempo comincia a crescere un forte movimento anti-fumo. *"Contro questo aspetto,* si legge nel documento, *dobbiamo concentrare tutti i nostri sforzi"*.

Come? Per esempio, "*sono state rinsaldate alleanze con le organizzazioni sindacali CGL, CISL, UIL, con la Confindustria e con la FIPE (Federation of Italian Restarant Owers)"* la quale, guarda caso ha minacciato di ricorrere fino al più alto grado di giudizio contro l'entrata in vigore della legge Sirchia nei locali pubblici (Legge 3/2003). E allora è appena il caso di chiedersi: *cui prodest?*

Noi in questo caso non abbiamo dubbi, soprattutto quando si legge in un altro documento che bisogna stabilire sempre nuovi e più importanti contatti in modo *"da avere il controllo su ogni iniziativa futura"*, perché lo sforzo di tutti quelli che lavorano nel settore business è quello di tendere verso *"il benessere della nostra Compagnia, proteggendo così il nostro business da leggi negative e pericolose"*.

Il livello medico-scientifico

A squarciare il velo sulla influenza della lobby del tabacco nel mondo medico-scientifico furono due ricercatori di San Francisco, Elisa Ong e Stanton Glantz nel 2000, dalle pagine di Lancet [2], rifacendosi ai documenti 2501341817/23 sempre del sito della PM (www.pmdocs.com). Fu così sganciata una vera e propria bomba sui vari e proteiformi tentativi della PM di inquinare la ricerca scientifica.
La PM era molto preoccupata dello studio multicentrico europeo IARC di Lione (Agenzia Internazionale sulla Ricerca sul Cancro) sulla cangerogenicità del fumo passivo, che nel 1993 cominciava ad entrare in piena fase operativa, e che avrebbe potuto portare i vari Governi a varare norme restrittive nei riguardi del fumo di tabacco [2,3]. Bisognava *"influenzare la formulazione delle conclusioni e la comunicazione ufficiale dei risultati; pubblicare il più tardi possibile le conclusioni dello studio; contrapporsi al potenziale impatto della studio sulle politiche dei governi sull'opinione pubblica sulle azioni degli imprenditori privati e sui proprietari dei locali pubblici"*. E per far questo PM non ha badato a spese: se sulla ricerca lo IARC ha investito un budget tra 1,5 e 3 milioni di $USA in dieci anni (1988-1998), i magnati del tabacco hanno speso la stessa cifra solo nel 1993 e il doppio nell'anno successivo (!).
Tra i beneficiari le agenzie di pubbliche relazioni Burson Marsteller e l'italiana SCR Associati, fra i giornali il Sunday Telegraph di Londra e una miriade di ricercatori italiani e stranieri.
Il nocciolo e lo scopo del progetto Whitecoat (irresistibile la tentazione di ribattezzare un'operazione sporca con un nome pulito) era quello di conoscere in anticipo i risultati che si andavano delineando per poi insinuare dubbi sulla correttezza scientifica.
Così delegazioni di esperti al soldo della task force del tabacco partivano alla volta di Lione proponendo incontri con i responsabili della ricerca, riferendo quindi alla casa madre, pronta a sua volta a sfornare comunicati stampa di segno opposto. Dei veri e propri cavalli di Troia per carpire in anticipo i segreti e le mosse dei ricercatori dello IARC. Ed è a questo punto che cominciano a venire fuori dai *confidential* del sito della PM le gole profonde, vere e proprie vergogne nazionali. Ogni nazione europea ebbe almeno una gola profonda nel campo medico-scientifico.
Se per la Svizzera, per esempio, lo fu il professor Rylander, per l'Italia il professor Lojacono. Ed è a questo punto che si apre il versante italiano di questa storia... Ong e Glantz sostengono infatti, che le informazioni più dettagliate sullo studio IARC sono giunte alla PM tramite la SCIR Associati che aveva tra i suoi consulenti il *"fu Giuseppe Lojacono, ex professore di economia sanitaria presso l'Università di Perugia"*. Lojacono aveva

visitato più volte lo IARC nel suo ruolo di Direttore Responsabile, dal 1977 al 1999, della Rivista *Epidemiologia & Prevenzione (E & P),* organo ufficiale della Società Scientifica Italiana di Epidemiologia, agendo in incognito nel mondo scientifico italiano ed europeo, senza mai dichiarare questa sua attività e affiliazione all'industria del tabacco, tanto da sorprendere gli stessi Colleghi di Società e di Rivista [6,7]. Ed è stata la stessa Rivista *E &P* che con coraggio e professionalità ha rivelato al grosso pubblico sanitario italiano *l'affaire* Lojacono-Philip Morris [6,7,8].
Digitando nel sito internet della PM (www.pmdocs.com) la voce Lojacono (con la i nella ricerca) si ottengono 62 documenti disponibili, a tutto 31 maggio 2005 [9].
Risulta così che Lojacono è stato per 10 anni, dal 1988 al 1998, consulente scientifico dell'Agenzia che curava le relazioni pubbliche dell'Industria del tabacco in Italia. Per conto di questa Agenzia, il Direttore Responsabile di *E & P* partecipava a Convegni, teneva d'occhio la produzione scientifica italiana, raccoglieva informazioni e puntualmente relazionava, tramite la SRC, alla PM & Soci (Reynolds, Rothmans, Insalco, BAT, Italtabacchi, etc.). Di lui un solerte funzionario lo descriveva come *"attivo a livello giornalistico, che ha buoni contatti con l'OMS e l'allora Direttore Nakashima, che conosce di persona Tomatis, Direttore dello IARC, e che è in disaccordo con quanto espresso dal Surgeon General sul fumo passivo e nicotinodipendenza*" (doc. 2501152054/64).
Surgeon General, lo ricordiamo, che nel 1986 aveva dichiarato che il fumo passivo *"è causa di malattie, compreso il cancro del polmone, nei non fumatori sani"*, mentre nel 1988 scriveva che *"le sigarette e le altre forme di tabacco danno dipendenza. La nicotina è la sostanza che crea dipendenza"*.
Ma Lojacono, sebbene non fosse l'unico informatore anti-IARC (Angelo Ceriol dell'Istoconsult srl) non è stato un magro affare per Big Tobacco. Infatti relazionava sulle inclinazioni della Comunità scientifica italiana e dell'opinione pubblica sul fumo. Nei report si sottolinea la propensione degli epidemiologi nostrani ad occuparsi di fattori di rischio presenti nei luoghi di lavoro, nell'ambiente urbano e nei cibi, concludendo che in virtù di questa *vocazione "la comunità scientifica italiana, o almeno una parte di essa (...) ha già dato e può continuare a dare contributi rilevanti al ridimensionamento del problema fumo passivo sulla coscienza nazionale"* (doc. n° 2501356124). Lojacono, pertanto, suggeriva le strategie da utilizzare per deviare l'attenzione dei ricercatori e del pubblico dalla nocività del fumo passivo, oggetto della ricerca IARC.
"Ridimensionare il ruolo e il peso del fumo passivo come fattore di rischio" è la proposta rilanciata in più documenti, "*immettendo nel gran calderone più generale della INDOOR AIR QUALITY: questo rimane il nostro obiettivo primario in Italia*" (così nell'ottobre 1990 - doc. n° 2028350107-13).
Vengono così organizzate in grande stile tavole rotonde (Napoli 1992), convegni (Anacapri 1994) con miriadi di patrocini e sponsorizzazioni (OMS, Ministero dell'ambiente, Università di Napoli, Città Sane di Milano, E&P, Glaxo, etc) con *"lo scopo di generare una discussione su inquinanti diversi dal fumo passivo cercando di dimostrare che, in ambito scientifico si può parlare di IAQ (Indoor Air Quality)* senza

l'intrusione del fumo passivo *e che molti ricercatori in Italia sono interessati al tema"* (doc. 2501341966/8). Così unitamente alla *"rete di informatori, che era per lo più costituita da giornalisti, lo scambio con l'industria del tabacco era trasversale e continuo"*. Naturalmente con i loro fatturati da capogiro, le industrie del tabacco non hanno mai avuto difficoltà a produrre ricerca di controinformazione, a stimolare controversie e a disseminare la letteratura scientifica di disinformazione pro-tabacco [4]. E così quando si presenta l'emergenza IARC, la PM ha già pronta in Europa una vasta rete di scienziati e consulenti, disposti, come *gole profonde*, a mettere, spesso con dolo, le loro competenze al servizio dell'industria del tabacco. D'altronde, che molti lavori scientifici, per così dire, "benevoli", sul fumo passivo fossero inficiati dall'influenza delle multinazionali del tabacco, l'avevano già denunciato con un pignolo lavoro di *intelligence* due ricercatrici californiane su JAMA nel 1999 [5]. Ma ora il problema si presentava più devastante per tutto il sistema di profitto del tabacco.
Sono state così condotte ricerche in proprio da parte della PM e si sono finanziati studi di ricercatori rispettabili, sperando in risultati utilizzabili nell'attuazione di una delle tattiche più efficaci: contrapporre dato a dato, studio a studio, per innescare e alimentare controversie senza fine con lo scopo di disorientare l'opinione pubblica e politica sul problema fumo. Tutto ciò ha avuto gioco facile grazie anche all'accondiscendenza di alcuni giornalisti e politici che costituivano il potente livello politico-masmediatico della lobby del tabacco. E i risultati sono appunto sotto gli occhi di tutti.
Si è così potuto incidere pesantemente con eclatanti o talvolta minimali ma continue campagne di disinformazione sull'opinione pubblica, per cui attualmente ci troviamo con i pazienti fumatori e gran parte dell'opinione pubblica che regolarmente sottostimano i danni da fumo a favore di quelli ambientali. La stragrande maggioranza dell'opinione pubblica è convinta che l'inquinamento ambientale sia molto più nocivo del fumo.
Se per un momento andiamo indietro con la mente negli ultimi due decenni, pur con l'importanza che l'inquinamento atmosferico ha per la salute dei singoli e la sopravvivenza del pianeta, ci accorgiamo dell'eccessiva overdose d'ambientalismo che abbiamo subito a tutti i livelli: tv, giornali, formazioni partitiche ambientaliste e associazioni naturiste *new age* autoreplicantisi a ritmo continuo. Il risultato è quello appunto sperato da Big Tobacco: spostare i riflettori culturali e di attenzione dai danni da fumo, attivo e passivo, a quelli da inquinamento outdoor.

Bibliografia

[1] Zagà V, Mangiaracina G. Le strategie di Big Tabacco. Tabaccologia 2003; 1: 11-12.

[2] Long EK, Glantz SA. Tobacco industry efforts subverting International Agency for Research on Cancer's second-hand smoke study. The Lancet 2000; Vol. 355: 1253-1259.

[3] Boffeta P, Agudo A, Ahrens W, et al. Multicenter case-control study of exposure to environmental tobacco smoke and lung cancer in Europe. J Natl Cancer Inst 1998; 90: 1440-1450.

[4] Editorial: Resisting smoke and spin. The Lancet 2000; vol. 355: 1197.

[5] Barnes DE, Boero LA. Why review articles on the health effects of passive smoking reach different conclusions. Jama 1999; 279: 1566-1570.

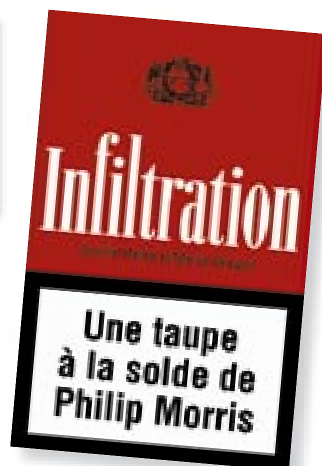
[6] Terracini B. Epidemiologia & Prevenzione e le multinazionali del tabacco. Epid. Prev. 2000; 24(3): 99-100.

[7] Forastiere F. I ricercatori non sapevano. Epid. Prev. 2000; 24(3): 108.

[8] Clementi ML. Breve viaggio negli archivi della Philip Morris. Epid Prev. 2000; 24(3): 103-107.

[9] Sito archivi Philip Morris: www.pmdocs.com


«Ragnar Rylander agissait sur ordre du cigarettier Philip Morris»



Libro, in lingua francese, in cui si parte dalle gole profonde o talpe nazionali, in particolare dal caso Rylander, per fare luce sull'intricata e sofisticata tela del ragno di Big Tobacco.

Bibliografia: 1. Mahler DA, Wire P, Horstman D et al. *Am J Respir Crit Care Med 2002*; 166: 1084-1091. **2.** Calverley PMA, Pauwels R, Vestbo J et al. *The Lancet 2003*; 361: 449-456. **3.** Seemungal TA, Donaldson GC, Bhowmik A et al. *Am J Respir Crit Care Med 2000*; 161: 1608-1613. **4.** Seretide. Riassunto delle Caratteristiche del Prodotto.



DISKUS: RIASSUNTO DELLE CARATTERISTICHE DEL PRODOTTO

1. DENOMINAZIONE DELLA SPECIALITÀ MEDICINALE. SERETIDE™ DISKUS™ 50/100 microgrammi/dose di polvere per inalazione, pre-dosata. SERETIDE™ DISKUS™ 50/250 microgrammi/dose di polvere per inalazione, pre-dosata. SERETIDE™ DISKUS™ 50/500 microgrammi/dose di polvere per inalazione, pre-dosata. **2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA.** Ogni singola dose di SERETIDE™ DISKUS™ fornisce: Salmeterolo 50 microgrammi (come Salmeterolo xinafoato) e Fluticasone propionato 100, 250 o 500 microgrammi. Per gli eccipienti vedere 6.1. **3. FORMA FARMACEUTICA.** Polvere per inalazione pre-dosata. **4. INFORMAZIONI CLINICHE. 4.1. Indicazioni terapeutiche.** Asma. SERETIDE™ DISKUS™ è indicato nel trattamento regolare dell'asma quando l'uso di un prodotto di associazione (beta-2-agonista a lunga durata d'azione e corticosteroide per via inalatoria) è appropriato: - In pazienti che non sono adeguatamente controllati con corticosteroidi per via inalatoria e con beta-2-agonisti a breve durata d'azione usati "al bisogno". *Oppure* - In pazienti che sono già adeguatamente controllati sia con corticosteroidi per via inalatoria che con beta-2-agonisti a lunga durata d'azione. Nota: il dosaggio di SERETIDE™ DISKUS™ 50/100 non è appropriato per il trattamento dell'asma grave negli adulti e nei bambini. Bronco Pneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO). SERETIDE™ DISKUS™ è indicato per il trattamento sintomatico di pazienti con BPCO grave (FEV_1 <50% del normale previsto) ed una storia di riacutizzazioni ripetute, che abbiano sintomi significativi nonostante la terapia regolare con broncodilatatori. **4.2 Posologia e modo di somministrazione.** SERETIDE™ DISKUS™ deve essere impiegato esclusivamente per uso inalatorio. I pazienti devono essere informati che l'assunzione regolare della terapia con SERETIDE™ DISKUS™, al fine di ricavarne il miglior beneficio, è necessaria anche quando essi non sono sintomatici. I pazienti devono essere sottoposti ad una verifica medica regolare della loro condizione, in modo da garantire che il dosaggio assunto di SERETIDE™ DISKUS™ rimanga ottimale e venga modificato solo su indicazione medica. La dose deve essere graduata al livello inferiore compatibile con un efficace controllo dei sintomi. Quando il controllo dei sintomi viene mantenuto con il dosaggio più basso della combinazione somministrato due volte al giorno, allora il passo successivo può comportare, a titolo di prova, la somministrazione del solo corticosteroide inalatorio. In alternativa, i pazienti che richiedano una terapia con un beta-2-agonista a lunga durata d'azione possono essere passati al trattamento con SERETIDE™ somministrato una volta al giorno se, a giudizio del medico, esso costituisca una terapia adeguata per mantenere il controllo della malattia. La mono-somministrazione giornaliera deve essere effettuata alla sera se il paziente ha precedenti di sintomi notturni ed al mattino qualora il paziente abbia precedenti di sintomi prevalentemente diurni. Deve essere prescritta la dose di SERETIDE™ DISKUS™ contenente il dosaggio di Fluticasone propionato appropriato per la gravità della patologia. Il medico che prescrive deve essere consapevole che, in pazienti con asma, il Fluticasone propionato presenta la medesima efficacia ad una dose giornaliera pari a circa la metà di quella degli altri steroidi inalatori. Per esempio, 100 mcg di Fluticasone propionato sono circa equivalenti a 200 mcg di beclometasone dipropionato (in formulazione con propellenti CFC) o budesonide. Se per un paziente si rende necessaria la somministrazione di dosaggi al di fuori di quelli consigliati, dovranno essere somministrate dosi appropriate di beta agonista e/o corticosteroide. Dosi consigliate: Asma. Adulti ed adolescenti dai 12 anni in su: Una dose da 50 microgrammi di Salmeterolo e 100 microgrammi di Fluticasone propionato due volte al giorno. *Oppure* - Una dose da 50 microgrammi di Salmeterolo e 250 microgrammi di Fluticasone propionato due volte al giorno. *Oppure* - Una dose da 50 microgrammi di Salmeterolo e 500 microgrammi di Fluticasone propionato due volte al giorno. Bambini dai 4 anni in su: Una dose da 50 microgrammi di Salmeterolo e 100 microgrammi di Fluticasone propionato due volte al giorno. La dose massima autorizzata nei bambini di Fluticasone propionato somministrato mediante SERETIDE™ DISKUS™ è di 100 mcg due volte al giorno. Non sono disponibili dati sull'uso di SERETIDE™ DISKUS™ in bambini di età inferiore ai 4 anni. BPCO. Adulti: Una dose di 50 microgrammi di Salmeterolo e 500 microgrammi di Fluticasone propionato due volte al giorno. Speciali gruppi di pazienti: Non è necessario aggiustare la dose in pazienti anziani oppure nei pazienti con insufficienza renale. Non vi sono dati disponibili sull'uso di SERETIDE™ DISKUS™ in pazienti con alterata funzionalità epatica. Come impiegare il Diskus. L'apparecchio viene aperto ed attivato facendo scorrere la leva. Il boccaglio viene quindi posto in bocca e le labbra chiuse intorno ad esso. La dose può quindi essere inalata e l'apparecchio chiuso. **4.3 Controindicazioni.** SERETIDE™ DISKUS™ è controindicato in pazienti con ipersensibilità (allergia) ai principi attivi o ad uno qualsiasi degli eccipienti (vedere 6.1 "Elenco degli eccipienti"). **4.4 Avvertenze speciali e opportune precauzioni d'impiego.** Il trattamento dell'asma deve essere eseguito normalmente sulla base di un programma graduale e la risposta del paziente deve essere controllata sia clinicamente che mediante test di funzionalità respiratoria. SERETIDE™ DISKUS™ non deve essere usato per il trattamento della sintomatologia acuta dell'asma per la quale è necessario un broncodilatatore a rapida insorgenza ed a breve durata d'azione. I pazienti devono essere avvertiti di avere sempre a disposizione il prodotto usato per il sollievo dei sintomi durante un attacco acuto di asma. SERETIDE™ DISKUS™ non è indicato per il trattamento iniziale dell'asma fino a che non siano stati stabiliti la necessità ed il dosaggio approssimativo del corticosteroide. L'aumento dell'uso di broncodilatatori a breve durata d'azione per il sollievo dei sintomi è indice di un peggioramento del controllo ed i pazienti dovrebbero essere sottoposti a visita medica. Il peggioramento improvviso e progressivo del controllo dell'asma è potenzialmente pericoloso per la vita ed il paziente deve essere urgentemente visitato da un medico. Si deve prendere in considerazione la possibilità di aumentare la terapia corticosteroidea. Il paziente deve essere esaminato da un medico anche ogni volta che il dosaggio impiegato di SERETIDE™ DISKUS™ non è stato in grado di fornire un adeguato controllo dell'asma. Sia nei pazienti con asma che in quelli con BPCO, deve essere presa in considerazione la possibilità di somministrare una terapia corticosteroidea addizionale. Il trattamento con SERETIDE™ DISKUS™ non deve essere interrotto bruscamente in pazienti con asma a causa del rischio che si verifichi una riacutizzazione. La terapia deve essere aggiustata, riducendo la dose sotto controllo medico. Anche nel caso dei pazienti con BPCO, l'interruzione della terapia può essere associata ad un peggioramento dei sintomi e deve essere eseguita sotto controllo medico. Come con tutti i farmaci inalatori contenenti corticosteroidi, SERETIDE™ DISKUS™ deve essere somministrato con cautela a pazienti con tubercolosi polmonare. SERETIDE™ DISKUS™ deve essere somministrato con cautela in pazienti con gravi patologie cardiovascolari, incluse anomalie del ritmo cardiaco, diabete mellito, ipokaliemia non trattata o tireotossicosi. Vi sono state segnalazioni molto rare di aumenti dei livelli della glicemia (vedi 4.8 "Effetti indesiderati") e ciò deve essere tenuto in considerazione quando si prescriva SERETIDE a pazienti con anamnesi di diabete mellito. Come conseguenza della terapia sistemica con beta-2-agonisti si può verificare ipokaliemia potenzialmente grave ma i livelli plasmatici di Salmeterolo che si ottengono, a seguito dell'inalazione di dosi terapeutiche, sono molto bassi. Come con altre terapie inalatorie si può verificare broncospasmo paradosso con un immediato aumento del respiro affannoso dopo l'assunzione della dose. Si deve immediatamente sospendere la terapia con SERETIDE™ DISKUS™, verificare le condizioni del paziente ed istituire, se necessario, una terapia alternativa. SERETIDE™ DISKUS™ contiene lattosio fino a 12,5 milligrammi per singola dose. Questa quantità normalmente non determina problemi in pazienti intolleranti al lattosio. In particolare nei pazienti dove esiste motivo di supporre che la funzione surrenale sia compromessa da una precedente terapia steroidea sistemica, il passaggio alla terapia con SERETIDE™ DISKUS™ deve essere effettuato con cautela. Con qualsiasi corticosteroide inalatorio si possono verificare effetti sistemici, particolarmente ad alte dosi prescritte per lunghi periodi di tempo. È molto meno probabile che tali effetti si verifichino rispetto a quanto avviene con i corticosteroidi orali. I possibili effetti sistemici includono: sindrome di Cushing, aspetto Cushingoide, soppressione surrenale, ritardo della crescita in bambini ed adolescenti, diminuzione della densità minerale ossea, cataratta e glaucoma. È importante quindi che il paziente sia sottoposto a controllo regolare e che la dose di corticosteroide inalatorio sia ridotta alla dose più bassa alla quale viene mantenuto un efficace controllo dell'asma. Si raccomanda che l'altezza dei bambini che ricevono un trattamento prolungato con corticosteroide inalatorio venga controllata con regolarità. Il trattamento prolungato di pazienti con corticosteroidi inalatori ad alte dosi può dar luogo a soppressione surrenale e crisi surrenale acuta. Possono essere particolarmente a rischio bambini ed adolescenti di età inferiore ai 16 anni trattati con alte dosi di Fluticasone (tipicamente ≥1000 mcg/die). Sono stati anche descritti casi molto rari di soppressione surrenale e crisi surrenale acuta con dosi di Fluticasone propionato fra 500 e meno di 1000 mcg. Situazioni che possono scatenare potenzialmente una crisi surrenale acuta nei pazienti includono: traumi, interventi chirurgici, infezioni o qualsiasi riduzione rapida del dosaggio. I sintomi di esordio sono tipicamente vaghi e possono includere: anoressia, dolore addominale, perdita di peso, stanchezza, cefalea, nausea, vomito, ipotensione, diminuzione del livello di coscienza, ipoglicemia e convulsioni. Deve essere presa in considerazione la necessità di effettuare una copertura addizionale con corticosteroide sistemico durante periodi di stress o in caso di chirurgia elettiva. I benefici della terapia inalatoria con fluticasone propionato devono minimizzare la necessità di ricorrere alla terapia corticosteroidea orale, tuttavia i pazienti trasferiti dalla terapia steroidea orale possono rimanere a rischio di compromessa funzionalità della riserva surrenale per un considerevole periodo di tempo. Possono anche essere a rischio i pazienti che hanno richiesto in passato la somministrazione di corticosteroidi ad alte dosi in situazione di emergenza. Tale possibilità di un'alterata funzionalità surrenale residua deve essere sempre tenuta presente nelle situazioni di emergenza ed in quelle considerate in grado di produrre stress; in tali casi deve essere considerata un'appropriata terapia corticosteroidea sistemica. Il grado di alterata funzionalità surrenale può richiedere la valutazione dello specialista prima di adottare procedure specifiche. Il ritonavir può aumentare notevolmente la concentrazione di Fluticasone propionato nel plasma. Pertanto, l'impiego concomitante dovrebbe essere evitato, a meno che il beneficio potenziale per il paziente non superi il rischio del manifestarsi di effetti indesiderati sistemici dei corticosteroidi. Esiste anche un aumento del rischio di effetti indesiderati sistemici quando si somministri contemporaneamente il Fluticasone propionato con altri inibitori potenti del CYP3A (vedere paragrafo 4.5 Interazioni con altri medicinali ed altre forme di interazione). **4.5 Interazioni con altri medicinali ed altre forme di interazione.** Dovrebbero essere evitati i beta-bloccanti selettivi e non selettivi, a meno che non sussistano ragioni che costringano al loro impiego. L'uso concomitante di altri farmaci che contengono beta adrenergici può dar luogo ad un effetto potenzialmente additivo. In condizioni normali, si ottengono basse concentrazioni plasmatiche di Fluticasone propionato a seguito di somministrazione per via inalatoria; ciò a causa dell'esteso metabolismo di primo passaggio e della elevata clearance sistemica mediati dal citocromo P450 3A4 nell'intestino e nel fegato. Pertanto, sono improbabili interazioni farmacologiche clinicamente significative, mediate dal Fluticasone propionato. In uno studio di interazione con Fluticasone propionato somministrato per via intranasale in volontari sani, il ritonavir, (un inibitore molto potente del citocromo P450 3A4) alla dose di 100 mg due volte al giorno ha aumentato di parecchie centinaia di volte la concentrazione plasmatica di Fluticasone propionato, dando luogo a concentrazioni notevolmente ridotte del cortisolo sierico. Non sono disponibili informazioni circa questo tipo di interazione per il Fluticasone propionato somministrato per via inalatoria, ma ci si aspetta un notevole aumento dei livelli plasmatici di Fluticasone propionato nel plasma. Sono stati segnalati casi di sindrome di Cushing e di soppressione surrenale. La somministrazione concomitante deve essere evitata a meno che i benefici attesi superino l'aumento di rischio del manifestarsi di effetti indesiderati sistemici dei glucocorticoidi. In un piccolo studio condotto in volontari sani, il ketoconazolo, inibitore leggermente meno potente del CYP3A ha aumentato del 150% l'esposizione del Fluticasone propionato dopo una inalazione singola. Ciò ha dato luogo a riduzione del cortisolo plasmatico superiore a quella che si osserva con il Fluticasone propionato da solo. Ci si attende che anche il trattamento concomitante con altri potenti inibitori del CYP3A, come l'itraconazolo, dia luogo ad un aumento dell'esposizione sistemica al Fluticasone propionato ed al rischio di effetti indesiderati sistemici. Si raccomanda cautela ed il trattamento a lungo termine con tali farmaci dovrebbe essere, se possibile, evitato. **4.6 Gravidanza ed allattamento.** Non ci sono dati sufficienti circa l'uso del Salmeterolo e Fluticasone propionato durante la gravidanza e l'allattamento nell'uomo per stabilirne i possibili effetti dannosi. In studi nell'animale sono state riscontrate anomalie fetali

a seguito di somministrazione di beta-2-agonisti e glucocorticosteroidi (vedi 5.3 "Dati preclinici di sicurezza"). La somministrazione di SERETIDE™ nelle donne in stato di gravidanza dovrebbe essere presa in considerazione solo nel caso in cui il beneficio atteso per la madre sia maggiore dei possibili rischi per il feto. Nel trattamento di donne in gravidanza deve essere impiegata la più bassa dose efficace di Fluticasone propionato necessaria a mantenere un adeguato controllo dell'asma. Non sono disponibili dati sull'uso durante l'allattamento per l'uomo. Nei ratti, sia il Salmeterolo che il Fluticasone propionato sono escreti nel latte. La somministrazione di SERETIDE™ DISKUS™ in donne che stanno allattando al seno deve essere presa in considerazione solo nel caso in cui il beneficio atteso per la madre sia maggiore dei possibili rischi per il bambino. **4.7. Effetti sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari.** Non sono stati effettuati studi sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari. **4.8 Effetti indesiderati.** Poiché SERETIDE™ DISKUS™ contiene Salmeterolo e Fluticasone propionato, ci si può attendere il tipo e la gravità delle reazioni avverse associate a ciascuno dei due componenti. Non si osserva incidenza di effetti indesiderati addizionali a seguito della somministrazione concomitante dei due composti. Di seguito sono riportati gli eventi avversi che sono stati associati con il Salmeterolo od il Fluticasone propionato, elencati per organo, apparato/sistema e per frequenza. Le frequenze sono definite come: molto comuni (1/10), comuni (1/100, <1/10), non comuni (1/1000, <1/100) e molto rari (<1/10000), incluse segnalazioni isolate. Gli eventi molto comuni, comuni e non comuni risultano dai dati degli studi clinici. L'incidenza nel braccio placebo non è stata presa in considerazione. Gli eventi molto rari sono risultanti dai dati di monitoraggio spontaneo successivo alla commercializzazione del farmaco.

Organo, apparato/sistema	Evento indesiderato	Frequenza
Infettivi ed infestazioni	Candidiasi della bocca e della gola	Comune
Alterazioni del sistema immunitario	Reazioni di ipersensibilità accompagnate dalle seguenti manifestazioni: - Reazioni di ipersensibilità cutanea - Angioedema (principalmente del viso ed edema dell'orofaringe), sintomi respiratori (dispnea e/o broncospasmo), reazioni anafilattiche	 Non comuni Molto rari
Alterazioni del sistema endocrino	Sindrome di Cushing, aspetto Cushingoide, soppressione surrenale, ritardo della crescita in bambini ed adolescenti, diminuzione della densità minerale ossea, cataratta e glaucoma	Molto rari
Alterazione del metabolismo e della nutrizione	Iperglicemia	Molto raro
Disturbi psichiatrici	Ansia, disturbi del sonno e modifiche comportamentali, incluse iperattività e irritabilità (particolarmente nei bambini)	Molto rari
Alterazioni del sistema nervoso	Cefalea Tremori	Molto comune* Comune
Alterazioni cardiache	Palpitazioni Tachicardia Aritmie cardiache (incluse: fibrillazione atriale, tachicardia sopraventricolare ed extrasistoli)	Comuni Non comune Molto rari
Alterazioni dell'apparato respiratorio, del torace e del mediastino	Irritazione della gola Raucedine/disfonia Broncospasmo paradosso	Comune Comune Molto raro
Alterazioni dell'apparato muscoloscheletrico e del tessuto connettivo	Crampi muscolari Artralgia Mialgia	Comuni Molto raro Molto raro

** segnalato comunemente con il placebo*

Sono stati segnalati gli effetti collaterali farmacologici del trattamento con beta-2-agonisti, quali: tremore, palpitazioni e cefalea, ma essi tendono ad essere transitori ed a ridursi con il proseguimento regolare della terapia. A causa del componente Fluticasone propionato in alcuni pazienti si possono verificare raucedine e candidiasi (mughetto) della bocca e della gola. Sia la raucedine che l'incidenza di candidiasi possono essere ridotte risciacquando la bocca con acqua dopo l'uso di SERETIDE DISKUS. La candidiasi sintomatica può essere trattata con terapia topica antifungina mentre si prosegue il trattamento con SERETIDE DISKUS. I possibili effetti sistemici includono la sindrome di Cushing, aspetto Cushingoide, l'inibizione della funzione surrenale, il ritardo della crescita in bambini ed adolescenti, la diminuzione della densità minerale ossea, cataratta e glaucoma. (vedi 4.4 "Avvertenze speciali e opportune precauzioni d'impiego"). Vi sono state segnalazioni molto rare di iperglicemia (vedi 4.4 "Avvertenze speciali e opportune precauzioni d'impiego"). Come con altra terapia inalatoria si può verificare broncospasmo paradosso (vedere paragrafo 4.4 Avvertenze speciali e opportune precauzioni d'impiego). **4.9 Sovradosaggio.** Dagli studi clinici condotti non sono disponibili dati circa il sovradosaggio con SERETIDE™ DISKUS™, tuttavia si riportano di seguito i dati disponibili sul sovradosaggio con entrambi i farmaci presi singolarmente. I segni ed i sintomi del sovradosaggio di Salmeterolo sono tremore, cefalea e tachicardia. Gli antidoti preferiti sono i beta-bloccanti cardioselettivi che devono essere impiegati con cautela in pazienti con una storia di broncospasmo. Se la terapia con SERETIDE™ DISKUS™ deve essere interrotta a causa di sovradosaggio della componente beta-agonista del farmaco, si deve prendere in considerazione la necessità di adottare un'appropriata terapia steroidea sostitutiva. Inoltre si può verificare ipokaliemia e deve essere presa in considerazione la somministrazione addizionale di potassio. Acuto: l'inalazione acuta di Fluticasone propionato in dosi superiori a quelle raccomandate può condurre ad una soppressione temporanea della funzione surrenale. Ciò non richiede l'adozione di misure di emergenza in quanto la funzione surrenale viene recuperata in alcuni giorni come dimostrato dalle misurazioni del cortisolo plasmatico. Sovradosaggio cronico di Fluticasone propionato somministrato per via inalatoria: fare riferimento al paragrafo 4.4: rischio di soppressione surrenale. Può essere necessario il monitoraggio della riserva surrenale. In caso di sovradosaggio da Fluticasone propionato, la terapia con SERETIDE™ DISKUS™ può essere continuata ad un dosaggio idoneo al controllo dei sintomi.
5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE. 5.1 Proprietà farmacodinamiche. Gruppo farmacoterapeutico: adrenergici ed altri antiasmatici, Codice ATC: R03AK06. Studi Clinici nella BPCO: Studi clinici controllati con placebo, della durata di 6 e 12 mesi, hanno dimostrato che l'uso regolare di SERETIDE™ DISKUS™ 50/500 microgrammi migliora la funzionalità polmonare, riduce la dispnea e l'uso di farmaci per il controllo dei sintomi. Durante il periodo di 12 mesi il rischio che si verifichino riacutizzazioni di BPCO era ridotto, rispetto al placebo, da 1,42 a 0,99 all'anno ed il rischio, rispetto al placebo, di riacutizzazioni che richiedono il trattamento con corticosteroidi orali era ridotto significativamente, da 0,81 a 0,47 all'anno. Meccanismo di azione: Il SERETIDE™ DISKUS™ contiene Salmeterolo e Fluticasone propionato che hanno differenti meccanismi di azione. Di seguito viene discusso il rispettivo meccanismo di azione di entrambi i farmaci. Salmeterolo: Il Salmeterolo è un agonista selettivo dei beta-2-adrenocettori a lunga durata di azione (12 ore) dotato di una lunga catena laterale che si lega all'esosito del recettore. Salmeterolo produce una broncodilatazione di più lunga durata, fino a 12 ore, rispetto a quella ottenuta con le dosi raccomandate dei beta-2-agonisti convenzionali a breve durata di azione. Fluticasone propionato: Il Fluticasone propionato, somministrato per via inalatoria, alle dosi raccomandate è dotato di attività antiinfiammatoria glucocorticoide a livello del polmone, con conseguente riduzione dei sintomi e delle esacerbazioni dell'asma, senza gli effetti collaterali osservati a seguito della somministrazione sistemica dei corticosteroidi. **5.2 Proprietà farmacocinetiche.** La farmacocinetica di Salmeterolo e Fluticasone propionato somministrati contemporaneamente per via inalatoria è simile a quella di ciascuno dei due composti somministrati separatamente. Pertanto ai fini delle valutazioni di farmacocinetica ciascuno dei due componenti può essere considerato separatamente. Salmeterolo: Il Salmeterolo agisce localmente nel polmone e pertanto i livelli plasmatici non sono indicativi dell'effetto terapeutico. Inoltre sono disponibili solo dati limitati sulla farmacocinetica del Salmeterolo in conseguenza della difficoltà tecnica di analizzare il farmaco nel plasma causata dalle basse concentrazioni plasmatiche che si riscontrano alle dosi terapeutiche somministrate per via inalatoria (circa 200 picogrammi/ml o meno). Fluticasone propionato: La biodisponibilità assoluta del Fluticasone propionato somministrato per via inalatoria in volontari sani varia approssimativamente fra il 10 ed il 30% della dose nominale in base al tipo di erogatore impiegato per l'inalazione. Nei pazienti asmatici o con BPCO è stato osservato un livello inferiore di esposizione sistemica al Fluticasone propionato somministrato per via inalatoria. L'assorbimento sistemico si verifica principalmente attraverso i polmoni ed è inizialmente rapido, quindi prolungato. La rimanente porzione della dose inalata può essere ingerita ma contribuisce in modo irrilevante all'esposizione sistemica a causa della bassa solubilità in acqua e del metabolismo pre-sistemico, con una disponibilità orale inferiore all'1%. Si verifica un incremento lineare nell'esposizione sistemica in rapporto all'aumento della dose inalata. La distribuzione del Fluticasone propionato è caratterizzata da un'elevata clearance plasmatica (1150 ml/min), un ampio volume di distribuzione allo stato stazionario (circa 300 l) ed un'emivita di eliminazione terminale di circa 8 ore. Il legame con le proteine plasmatiche è del 91%. Il Fluticasone propionato viene eliminato molto rapidamente dalla circolazione sistemica, principalmente mediante metabolismo in un composto acido carbossilico inattivo, ad opera dell'enzima CYP3A4 del sistema del citocromo P450. Sono stati rilevati nelle feci altri metaboliti non identificati. La clearance renale del Fluticasone propionato è trascurabile. Meno del 5% della dose viene eliminata nelle urine, principalmente come metaboliti. La porzione principale della dose viene escreta con le feci sotto forma di metaboliti e di farmaco immodificato. **5.3 Dati preclinici di sicurezza.** Negli studi sull'animale in cui il Salmeterolo xinafoato ed il Fluticasone propionato sono stati somministrati separatamente, i soli elementi di rilievo per la salute umana erano gli effetti associati ad azioni farmacologiche eccessive. Negli studi sulla riproduzione animale, i glucocorticoidi hanno mostrato di indurre malformazioni (palatoschisi, malformazioni scheletriche). Tuttavia questi risultati sperimentali nell'animale non sembrano avere rilevanza per quanto riguarda la somministrazione nell'uomo alle dosi raccomandate. Gli studi nell'animale con Salmeterolo xinafoato hanno dato luogo a tossicità embriofetale solo ad alti livelli di esposizione. A seguito della co-somministrazione in ratti, a dosi associate all'induzione da parte dei glucocorticoidi di anomalie note, si è osservato l'aumento dell'incidenza di trasposizione dell'arteria ombelicale e di incompleta ossificazione dell'osso occipitale. **6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE. 6.1 Elenco degli eccipienti.** Lattosio monoidrato. **6.2 Incompatibilità.** Non pertinente. **6.3 Periodo di validità.** 18 mesi. **6.4 Speciali precauzioni per la conservazione.** Non conservare a temperatura superiore a 30°C. **6.5 Natura e contenuto del contenitore.** La polvere per inalazione è contenuta in blister costituiti da una base preformata di PVC, coperta da alluminio laminato pelabile. La striscia a nastro è contenuta in un apparecchio plastico prestampato. Gli apparecchi in materiale plastico sono disponibili in scatole di cartone che contengono: • 1 DISKUS da 28 dosi • 1 DISKUS da 60 dosi • 3 DISKUS da 60 dosi. **6.6 Istruzioni per l'impiego e la manipolazione.** Il DISKUS eroga una polvere che viene inalata nei polmoni. Un contatore di dosi sul DISKUS indica il numero di dosi rimaste. Per le istruzioni dettagliate per l'uso vedere il Foglio Illustrativo per il Paziente.
7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO. GlaxoSmithKline S.p.A. - Via A. Fleming, 2 - Verona. **8. NUMERO DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO.** SERETIDE DISKUS 50/100: 1 inalatore 28 dosi AIC: 034371017/M; 1 inalatore 60 dosi AIC: 034371043/M; 3 inalatori 60 dosi AIC: 034371070/M. SERETIDE DISKUS 50/250: 1 inalatore 28 dosi AIC: 034371029/M; 1 inalatore 60 dosi AIC: 034371056/M; 3 inalatori 60 dosi AIC: 034371082/M. SERETIDE DISKUS 50/500: 1 inalatore 28 dosi AIC: 034371031/M; 1 inalatore 60 dosi AIC: 034371068/M; 3 inalatori 60 dosi AIC: 034371094/M. **9. DATA DI PRIMA AUTORIZZAZIONE / RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE.** 29 luglio 1999/16 settembre 2003. **10. DATA DI (PARZIALE) REVISIONE DEL TESTO.** Aprile 2005.

Il DNA antico

Marilena Cipollaro

Alcune delle domande cui l'uomo, spinto dall'innata curiosità di conoscere le proprie origini, vorrebbe poter rispondere nella maniera più obiettiva riguardano la ricostruzione sia dell'organizzazione sociale, che delle migrazioni, sia delle espansioni che delle estinzioni delle popolazioni umane del passato. A queste domande si può in parte rispondere attingendo informazioni dalle testimonianze scritte e dal patrimonio culturale. L'osservazione dei resti umani delle popolazioni antiche attraverso un esame morfologico e morfometrico può contribuire a rispondere, anche se talvolta con un margine di errore intrinseco piuttosto elevato, a domande che riguardano il sesso, il tipo di alimentazione e le patologie presenti in epoche passate.
La conoscenza di eventi che è impossibile ricostruire solo sulla base delle tradizioni scritte ed orali proprie delle scienze umane è divenuta oggi più facilmente accessibile in seguito alla scoperta che nei tessuti antichi può essere ancora ritrovato, anche se frammentato ed in quantità molto ridotta, il DNA. Nell'analisi di resti antichi questa molecola, oltre ad essere depositaria dell'informazione genetica, assume anche il ruolo di portatrice di molteplici altre informazioni che si possono desumere dalla sua sequenza nucleotidica con l'applicazione di particolari modelli matematici ed algoritmi in cui una delle variabili è il tempo e, più in particolare, l'età del reperto. In tal modo il DNA antico (aDNA) diventa uno strumento per poter studiare l'origine di determinate popolazioni, portando quindi un notevole contributo alla storia evolutiva degli esseri viventi.
Negli ultimi decenni, grazie alle tecniche di biologia molecolare, si sono accumulati moltissimi dati su resti antichi di origine umana, ma anche animale e vegetale.
La tecnica che ha permesso di ottenere tali risultati è costituita dalla PCR (Polymerase Chain Reaction), che consente, partendo anche da una sola molecola di DNA, di ottenere miliardi di nuove molecole tutte identiche a quella originale. È diventato così possibile lo studio sia di geni nucleari, che seguono regole di ereditarietà mendeliana, sia di geni mitocondriali (mtDNA) ereditati solo per via materna, utilizzando campioni di aDNA di diversa provenienza e differente datazione.
Le prime ricerche si possono far risalire al 1984 quando alcuni ricercatori [1] di Berkeley riuscirono a clonare il DNA mitocondriale estratto dalla cute del *quagga*, un membro della famiglia *Equus* simile alla zebra attuale, estintosi in Africa meridionale più di un secolo fa. Questa scoperta ha rappresentato il primo recupero di una sequenza di DNA antico filogeneticamente informativa ed ha permesso, attraverso l'analisi comparativa di questa sequenza con quelle di zebre attuali, di dimostrare che il *quagga* aveva una notevole affinità con la zebra e di gran lunga inferiore con altri equidi.
L'anno successivo il gruppo di Paabo, un ricercatore svedese, riuscì ad estrarre e a studiare il DNA di una mummia egizia risalente a 4400 anni or sono [2]. Questa scoperta ha dimostrato che il DNA può conservarsi per lunghi periodi di tempo.
Nel 1988 fu, per la prima volta, applicata al DNA umano antico la reazione a catena della polimerasi, amplificando un frammento di DNA mitocondriale estratto da un cervello umano di circa 7000 anni, conservato a Little Salt Spring, in Florida [3].
Il passo successivo fu eseguito da alcuni ricercatori di Oxford [4] che nel 1994

studiarono il DNA estratto dalle ossa umane dei resti presunti della famiglia dello Zar Nicola II, affrontando sperimentalmente il problema del riconoscimento dei vari membri della famiglia e l'esclusione di altri individui che erano stati ritrovati assieme con essi nella stessa caverna.
Nel 1995 furono pubblicati dati sul ritrovamento di spore fungine sui calzari dell'uomo di Similaun, un corpo umano mummificato di 5000 anni fa che fu ritrovato nel 1991 nel comprensorio del Comune di Senales presso Merano a 3270 metri di quota.
Nel 1997 furono pubblicati i risultati dello studio del DNA estratto dal *Mammuthus primigenius* estintosi diversi milioni di anni fa.
Fece anche molto clamore la pubblicazione delle sequenze di DNA mitocondriale ottenute da un reperto osseo di un uomo di Neandertal. Gli autori confermarono l'ipotesi già sostenuta dagli antropologi secondo la quale l'*Homo sapiens sapiens* non discende dall'*Homo neandertalensis* [5].
Nel 1997 furono pubblicati i primi dati sull'analisi dell'aDNA estratto da reperti ossei di Pompei ed Ercolano [6], ricerche proseguite fino ad oggi [7,8,9,10]. Alcune di queste ricerche riguardanti Pompei sono illustrate di seguito.

Principali domande cui può rispondere lo studio dell'aDNA

Determinazione del sesso:

Quando, per le cattive condizioni o l'incompletezza di un reperto umano non si riesce ad evincerne il sesso, l'analisi del DNA diventa l'unica risorsa possibile. Il gene che codifica per l'amelogenina, una proteina che partecipa alla formazione della dentina.
È presente, con sequenza nucleotidica parzialmente diversa, sia sul cromosoma X che sul cromosoma Y. L'amplificazione, attraverso la PCR, proprio del tratto che presenta tali differenze permette di discriminare tra i due cromosomi. Per la determinazione del sesso viene anche amplificato un frammento specifico per il cromosoma Y: solo negli individui di sesso maschile sarà quindi presente un frammento amplificato.

Origine etnica

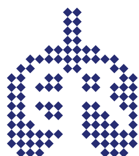
Il genoma mitocondriale [10] è contenuto nei mitocondri, organelli citoplasmatici di antichissima origine endosimbiotica, la cui funzione primaria è di fornire energia alla cellula attraverso la fosforilazione ossidativa. Il DNA mitocondriale (mtDNA) è estesamente e proficuamente utilizzato per comprendere la storia evolutiva della nostra specie e la dinamica delle migrazioni delle popolazioni. Esso è presente in gran numero di copie e per questo, a differenza di quanto avviene per i geni nucleari di cui si hanno solo due copie per cellula, esiste una elevata probabilità di ritrovarlo ancora in campioni antichi.
Nell'uomo l'mtDNA consiste di molecole circolari chiuse di DNA a doppia elica lunghe 16.569 coppie di basi (bp), che corrispondono allo 0,0006% del genoma totale.
Il tasso di mutazione elevato e la trasmissione ereditaria per via materna permettono di studiare le relazioni matrilineari nelle popolazioni umane.
Le regioni del DNA mitocondriale che sono attualmente considerate validi marcatori etnici sono rappresentate da due siti ipervariabili presenti nella regione di controllo della sua replicazione: il segmento I, che si estende dal nucleotide 16.024 al nucleotide 16.400, ed il segmento II che si estende dal nucleotide 40 al nucleotide 390. I numerosi siti polimorfici permettono di distinguere diverse etnie.

Rapporti di parentela

Le tecniche di biologia molecolare permettono oggi, attraverso lo studio di opportuni marcatori genetici, i microsatelliti, di ricostruire anche interi alberi genealogici [11]. Le sequenze microsatelliti presenti sul DNA nucleare vengono infatti ereditate con modalità mendeliana ed il loro numero varia tra individui della stessa specie.

Come si affronta lo studio dell'aDNA e la sua autenticazione

I problemi più specifici legati all'analisi dell'aDNA riguardano fondamentalmente l'autenticità del DNA estratto dal reperto e la possibilità di contaminazioni da DNA esogeno moderno proveniente in genere da procedure non corrette adottate o in laboratorio oppure dalla manipolazione dei reperti nelle fasi di scavo. Mentre il problema delle contaminazioni da DNA esogeno viene affrontato assumendo in laboratorio precauzioni sempre più accurate da parte dell'operatore ed utilizzando ambienti e strumentazione dedicati, la prova che il materiale in studio sia in effetti DNA endogeno può essere fornita solo da evidenze sperimentali diverse ed indipendenti.
Anche la grande frammentazione del DNA contenuto in reperti archeologici limita l'analisi genetica a tratti di molecole di DNA relativamente piccoli (100-200 nucleotidi). Accanto ai problemi di contaminazione, vi sono anche i problemi connessi alla vita media stessa delle molecole di DNA fortemente dipendente dalle condizioni di conservazione del reperto. Gli acidi nucleici vanno incontro, infatti, a decomposizione spontanea [12]: nel caso del DNA il meccanismo che influisce principalmente sulla sua degradazione è la depurinazione. D'altra parte sono numerosi i parametri fisici quali temperatura, valore del pH, anossia e disidratazione, conosciuti essere in relazione diretta con le alterazioni della doppia elica del DNA, che possono contribuire anche notevolmente a modificarne la vita media. L'alta temperatura ed un valore acido del pH, ad esempio, favoriscono la rottura dei filamenti del DNA, mentre invece l'anossia e la disidratazione favoriscono la sua conservazione.
Lo stato di conservazione del reperto osseo è valutabile attraverso l'osservazione al microscopio. Le alterazioni del tessuto osseo derivano soprattutto dalle condizioni ambientali di seppellimento che ne determinano la colonizzazione da parte di microrganismi (batteri e/o muffe) che in genere ne stravolgono la struttura.
In presenza di un osso ben conservato sarà molto più alta la probabilità di trovare molecole di acidi nucleici all'interno degli osteociti ancora presenti; viceversa un tessuto osseo completamente alterato non fornirà presumibilmente tracce consistenti di aDNA. Risulta evidente che il successo



EUROPEAN RESPIRATORY SOCIETY ANNUAL CONGRESS SEPTEMBER 2–6, 2006



ABSTRACT SUBMISSION DEADLINE: February 23, 2006

dell'amplificazione di un DNA proveniente da un osso completamente alterato é una prova a sfavore della origine endogena di quel DNA.

Pretrattamento dei campioni ed estrazione del DNA

I reperti ossei devono essere maneggiati con estrema attenzione con l'ausilio di guanti a perdere e di mascherine per evitare ogni possibile contaminazione. L'osso viene pulito con una spazzola abrasiva, trattato con ipoclorito di sodio e, successivamente, esposto ai raggi UV per 10 minuti a 20 cm di distanza per danneggiare, attraverso la formazione dei dimeri di Timina, e rendere di conseguenza non amplificabile, ogni forma di DNA "contaminante" eventualmente presente sulla superficie dell'osso.
Con l'ausilio poi di un trapano fornito di fresa o di un seghetto metallico, si ricavano i frammenti che serviranno per l'esame istologico e la fase successiva di estrazione. In letteratura vengono descritti diversi protocolli di estrazione ma la scelta del protocollo deve essere ottimizzata rispetto alle caratteristiche del sito archeologico di ritrovamento.

Reazione a catena della polimerasi

La reazione a catena della polimerasi (PCR) ha rivoluzionato la sperimentazione rivolta a risolvere problemi legati alla struttura ed alla sequenza del DNA. Essa costituisce la chiave per comprendere sia la complessità di una singola cellula sia l'evoluzione delle specie [13]. Questa tecnologia ha permesso di affrontare questioni che vanno dall'identificazione di nuovi geni e patogeni, fino alla quantizzazione di sequenze nucleotidiche specifiche e si é rivelata essenziale per lo studio dei DNA antichi, soprattutto grazie alla sua estrema sensibilità. Anche una sola molecola (o poche molecole) rimasta intatta in un antico tessuto può essere amplificata dalla reazione a catena della polimerasi, mentre le molecole danneggiate, che possono essere migliaia di volte più numerose, non disturbano l'esperimento. I frammenti di DNA da amplificare devono essere più corti di 300 coppie di basi.

Il sito archeologico di Pompei

Durante le prime dodici ore dall'inizio dell'eruzione del Vesuvio nel 79 d.C. la città di Pompei venne ricoperta da una coltre di pomici spessa alcuni metri, il cui peso provocò il crollo parziale di molti edifici e della maggior parte delle coperture. Durante la notte i primi flussi piroclastici raggiunsero Ercolano seppellendo completamente gli edifici. Solo la mattina successiva nuovi flussi raggiunsero Pompei causandone la distruzione definitiva.
Reperti ossei, provenienti da diverse centinaia di individui, sono stati rinvenuti testimoniando da un lato la drammaticità della fuga e i diversi momenti della decisione di sottrarsi alla catastrofe, e suggerendo che alcuni superstiti, tornati forse per recuperare oggetti cari o preziosi, fossero stati seppelliti in una successiva fase dell'eruzione.
L'interesse per i resti umani di Pompei ed Ercolano risale al 1834, quando il re di Napoli Ferdinando I nominò il Prof. Antonio Nanula direttore del Museo di Anatomia ed accettò da questi la collezione di reperti come regalo per il Museo. Tra i reperti che costituivano la collezione c'era il primo gruppo di crani.
Più tardi il Re permise al Prof. Stefano Delle Chiaie, professore di Anatomia Comparata presso l'Università di Napoli, di spostare altri crani da Pompei al museo. La collezione include oggi anche alcuni crani provenienti da San Paolo Belsito, località che fu interessata dall'eruzione pliniana del Vesuvio del 3800 a.C. Pochi anni dopo, Giustiniano Nicolucci, professore di Anatomia presso la Scuola Medica dell'Università di Napoli pubblicò un manoscritto intitolato; "Crania Pompeiana ovvero Descrizione dei Crani umani rinvenuti fra le ruine dell'antica Pompei" che conteneva le prime valutazioni antropometriche effettuate sui crani.
Non si hanno notizie di altri studi effettuati sui resti umani di Pompei o di Ercolano fino al 1982 quando la dottoressa Sara Bisel ricercatrice dello Smithsonian Institute iniziò a studiare gli scheletri di Ercolano raccogliendo dati sia sulla morfologia che sulla morfometria che sul contenuto di

metalli. Sfortunatamente solo pochi dati relativi alle sue ricerche sono stati pubblicati.
La collaborazione che ha in oggetto lo studio del DNA antico tra il gruppo di Biologia Molecolare della 2.a Università di Napoli e la Soprintendenza di Pompei inizia nel 1996 con lo studio del DNA estratto dai tredici scheletri rinvenuti in una casa di Via dell'Abbondanza quella di Caius Iulius Polibyus.
All'inizio di questa ricerca i dubbi sulla persistenza del DNA negli osteociti di questi individui erano molto forti; eravamo particolarmente preoccupati in particolare dei valori di temperatura raggiunti durante l'eruzione e delle condizioni di seppellimento.
Il ritrovamento di DNA antico in dodici sui tredici individui analizzati provocò grande entusiasmo tra i ricercatori che avevano collaborato al progetto e ci spinse ad interagire direttamente con i vulcanologi che stavano contemporaneamente studiando la dinamica dell'eruzione e del seppellimento all'interno della stessa casa per trovare una possibile spiegazione del buono stato di conservazione dei tessuti ossei come si poteva desumere dall'osservazione al microscopio.
Il ritrovamento di una particolare forma di lapilli (lapilli accrezionali) che coprivano gli scheletri nella casa di Polibio e la conoscenza delle condizioni fisiche che ne determinano la formazione ci sembrò fornire una spiegazione molto convincente per spiegare il buono stato di conservazione. I lapilli accrezionali sono infatti aggregati di cenere che si formano a contatto con l'acqua; il vapore d'acqua e, quindi una temperatura superiore ai 100 °C, non avrebbe permesso la loro formazione.
Per finire, il Vesuvio coprì con 4/10 metri di materiale piroclastico l'intera città e questo mantello di spessore incredibile ha preservato i resti per i 2000 anni successivi.
Per quanto riguarda lo studio dell'evoluzione molecolare, questi reperti hanno un valore assolutamente eccezionale perché sono un campione casuale di una popolazione umana, datato con assoluta precisione, unico al mondo per la peculiarità degli eventi catastrofici che hanno determinato la morte improvvisa della popolazione residente.
Questa caratteristica di casualità rende possibile il confronto di sequenze nucleotidiche di aDNA relative a particolari caratteri genetici con le sequenze nucleotidiche corrispondenti di popolazioni attuali.
Si presenta quindi concretamente la possibilità di effettuare un'indagine genetica su una popolazione antica. Questa indagine in linea di principio permetterà non solo di confermare specifiche patologie che trovino riscontro nella struttura del reperto osseo e di studiare la distribuzione delle patologie genetiche più comuni, ma di acquisire notizie certe circa il popolamento di una determinata area geografica.
Lo studio del gruppo di ricerca da me coordinato prevede l'analisi del DNA estratto da reperti ossei della popolazione di Pompei sepolta dall'eruzione del Vesuvio del 79 d.C.
L'analisi dell'aDNA ha riguardato finora lo studio di alcuni individui rinvenuti nella casa di Caius Iulius Polybius ubicata in via dell'Abbondanza in Pompei il cui scavo, iniziato nel 1910, fu ripreso nel 1966 ed ultimato nel 1978.
I reperti umani trovati all'interno della "Casa di Polibio" sono costituiti complessivamente da tredici scheletri. La posizione in cui alcuni di essi furono rinvenuti, come riportato nei quaderni di scavo, suggerisce l'esistenza di una stretta relazione di parentela. Ad esempio due degli scheletri furono ritrovati mano nella mano ed è anche raffigurata la posizione dello scheletro di una giovane donna vicino alla quale furono ritrovati i resti di un feto, molto probabilmente un figlio suo.
Il primo compito degli antropologi che hanno collaborato alla ricerca è stato quello di ricostruire gli scheletri e, qualora possibile, di stimare per ciascuno di essi l'età ed il sesso e di individuare eventuali patologie ossee e dentarie.
I risultati degli esami istologici hanno mostrato un differente grado di conservazione. Buona parte di essi mostra una struttura ossea parzialmente alterata con una regione periferica in buono stato con la presenza di numerosi osteciti e osteoni secondari. Qualcuno di essi mostra una struttura ossea talmente ben conservata da essere indistinguibile da un osso fresco.

Qualcun altro risulta, invece, essere completamente alterato. Abbiamo trovato una correlazione diretta tra lo stato di conservazione del tessuto osseo e l'amplificabilità del DNA da essi estratto. Sulla base dei dati vulcanologici la temperatura raggiunta durante gli eventi eruttivi, per quanto riguarda la casa di Polibio, non ha superato 100°C. Infatti, la ricostruzione della dinamica dell'eruzione ha permesso di stabilire la presenza di lapilli accrezionali formatisi in seguito al contatto della cenere con l'acqua condensata. Se la temperatura fosse stata più elevata, l'acqua, sotto forma di vapore non avrebbe partecipato alla formazione delle accrezioni. Probabilmente anche la disidratazione dei tessuti, conseguente all'innalzamento della temperatura, ha favorito la conservazione degli acidi nucleici.
Dai dati ottenuti con l'amplificazione del locus per l'amelogenina, 4 di questi soggetti sono risultati maschi e 7 femmine.I primi dati sul DNA mitocondriale fanno ritenere che essi appartengono tutti ad una etnia riconducibile a quelle presenti in Europa nonostante la notevole altezza di alcuni individui di sesso maschile avesse suggerito l'appartenenza ad etnie sub-sahariane. I dati su sequenze microsatelliti ottenuti finora hanno permesso di costruire un possibile albero genealogico che vede i soggetti più giovani tra cui un bambino di circa due anni imparentati per via materna perché essi mostrano un DNA mitocondriale identico. Lo studio, ancora in corso, si propone di completare l'analisi dei vari microsatelliti selezionati ed il sequenziamento dei segmenti ipervariabili del DNA mitocondriale. Le stesse indagini saranno eseguite su altri reperti rinvenuti a Pompei ed a Murecine, un sito che si trova nel comprensorio di Pompei dove, in due edifici venuti alla luce durante uno scavo per un raccordo autostradale, sono stati recentemente ritrovati altri resti umani. L'amplificazione di altri geni di particolare interesse per malattie genetiche presenti nel Mediterraneo permetterà di indagare oltre che sulle migrazioni di popolazioni anche sull'evoluzione di tali geni.

Bibliografia

[1] Higuchi R, Bowman B, Freiberger M, Ryder OA, and Wilson AC. DNA sequences from the quagga, an extinct member of the horse family. Nature 1984; 312: 282-284.

[2] Paabo S. Molecular cloning of Ancient Egyptian mummy DNA. Nature 1985; 314: 44-645.

[3] Paabo S, Gifford JA, Wilson AC. Mitichondrial DNA sequences from a 7000 ears od brain. N.A.R. 1988; 16 (20): 9775-9787.

[4] Gill P, Ivanov PL, Kimpton C, Piercy R, Benson N, Tully G, Evett I, Hagelberg E, and Sullivan K. Identification of the remains of the Romanov family by DNA analysis. Nature Genetics 1994; 6: 130-135.

[5] Krings M, Stone A, Schmitz RW, Krainitzki H, Stoneking M, and Paabo S. Neandertal DNA sequences and the origin of modern humans. Cell 1997; 90: 19-30.

[6] Cipollaro M, Di Bernardo G, Galano G, Galderisi U, Guarino F, Angelini F, and Cascino A. "Ancient DNA in human bone remains from Pompeii archaeological site", Biochem Biophys Res Commun. 1998; 247 (3): 901-904.

[7] Di Bernardo G, Del Gaudio S, Cammarota M, Galderisi U, Cascino A, and cipollaro M. "Enzymatic repair of selected crosslinked homoduplex molecules enhances nuclear gene rescue from Pompeii and Herculaneum remains", Nucleic Acids Res. 2002; 30: 4 e 16.

[8] Di Bernardo G, Galderisi U, Del Gaudio S, D'Aniello A, Lanave C, De Robertis MT, Cascino A, and Cipollaro M. "Genetic characterization of Pompeii and Herculaneum Equidae buried by Vesuvius in 79 A.D." J. Cell. Physiol. 2004; 199: 200-205.

[9] Cipollaro M, e Di Bernardo Giovanni "Ash preserved DNA in pompeian equids buried by the Vesuvius eruption of A. D. 79: "Atti della Accademia Nazionale dei Lincei" 2004; 9 15: 151-157.

[10] Anderson S, Bankier AT, Barrell BG, de Bruijn HL, Coulson AR, Drouin J, Eperon IC, Nierlich DP, Roe BA, Sanger F, Schreier PH, Smith AJH, Staden R, and Young IG. Sequence and organization of the human mitochondrial genome. Nature 1981; 290: 457-465.

[11] Pena SDJ, and Chakraborty R. Paternity testing in the DNA era. T.I.G. 1994; 10 (6): 204-209.

[12] Lindahl T. Instability and decay of the primary structure of DNA. Nature 1993; 362: 709-715.

[13] Erlich HA, Gelfand D, and Sninsky JJ. Recent advances in the polymerase chain reaction. Science 1991; 252: 1643-1651.



presenta...

EasyOne Modello 2001 Spirometro diagnostico

EasyOne è

Facile

Veloce

Preciso

Affidabile

Versatile

Igienico

Portatile

EasyOne... Spirometria nell'Era Digitale.

Questo spirometro, grazie ad una **tecnologia digitale innovativa a ultrasuoni**, permette operazioni veloci, accurate ed affidabili. **EasyOne Modello 2001** è ideato per un ampio range di test di funzionalità respiratoria nella medicina di base, in pneumologia, nella medicina del lavoro e in qualsiasi reparto ospedaliero.

EasyOne offre l'automatica comparazione con i valori teorici, confronto pre e post broncodilatazione, e test di controllo di qualità che misura lo sforzo del paziente con facili messaggi che aiutano a fare correttamente la spirometria.

EasyOne fornisce curve in tempo reale, e un'opzionale stampa a colori ne fornisce una facile lettura e interpretazione.

Il boccaglio esclusivo **Spirette®**/uso singolo **minimizza il rischio di infezioni-crociate**.

Il Modello 2001 è compatto, registra fino a 700 pazienti ed è alimentato a batteria, per facilitarne la massima portatilità.

UNICO.

La spirometria senza calibrazione e manutenzione



www.ndd.ch

Rappresentante per l'Italia





La medicina delle persone sane

Gaetano Piccinocchi

Introduzione

“Un’oncia di prevenzione equivale ad una libbra di cure”

Appare ormai evidente come sia maturo il tempo di promuovere un nuovo modo di praticare la medicina nelle società moderne.
La cura delle malattie è costosa ed i suoi risultati benefici sono sempre limitati e complessi, nonostante gli straordinari sviluppi delle conoscenze e delle tecnologie biomediche.
La lotta alla malattia si sposta sempre più verso l’anticipare e l’evitare. In contrapposizione alla malattia si pone la salute intesa come concetto medico e sanitario. La salute promossa attraverso gli strumenti della vita quotidiana, dell’esercizio fisico, del movimento, dell’alimentazione e della nutrizione.
Ma cosa intendiamo per salute?

Che cos’e la... salute?

- L’assenza di malattia
  – ma che cos’è la malattia?
- L’assenza di sintomi disturbanti
- Lo “star bene”
- Il “sentirsi bene”
- Il “credere di sentirsi bene”

L’OMS l’ha definita come “...il risultato di un equilibrio dinamico tra l’organismo umano e l’ambiente esterno in cui vive... Uno stato completo di benessere fisico, psichico e sociale e non una semplice assenza di malattia e di infermità...”.
Il concetto di salute ha una dimensione indubbiamente soggettiva ma anche oggettiva:

Le dimensioni della salute

- Dimensione soggettiva: dalla parte della persona
  – mi sento bene
  – non ho nulla
  – non conosco nessuna malattia
- Dimensione oggettiva: dalla parte del medico
  – lei è malato di...
  – è necessario che si curi...
  – prenda questo farmaco...
- Dimensione mediatica: dalla parte dell’informazione
  – questa malattia si presenta con...

e queste dimensione hanno a loro volta una tempistica diversa:

I tipi della salute e della malattia

- Il tempo della persona:
  – ma adesso sto bene, perché devo prendere...
  – ma quando mi darà problemi?
  – da qui ad allora potrei guarire...
- Il tempo del medico:
  – se non si cura ora tra vent’anni avrà...
  – non guarirà ami
- Il tempo dei media:
  – scoperto farmaco miracoloso per...

La medicina delle persone sane si fonda sulla consapevolezza che, solo applicando in maniera integrata e coordinata tutte le conoscenze e le tecniche a disposizione, si possano raggiungere rilevanti obiettivi e

progressi nello stato di salute in tempi relativamente brevi. I benefici ottenibili attraverso l'uso di tecniche di salute, sono ormai in grado di determinare progressi ben superiori a quelli ottenibili dalla medicina clinica di diagnosi e cura. Essa non si pone tuttavia né come alternativa né in contrapposizione con la medicina clinica tradizionale della quale recepisce i progressi scientifici integrandoli alle tecniche di salute in virtù della sua natura multidisciplinare e pluriculturale.
La medicina delle persone sane ha l'obiettivo di aumentare la qualità ed il numero di anni di vita della popolazione attraverso l'uso e l'applicazione delle conoscenze scientifiche, della pratica medica, delle campagne di promozione della salute, delle azioni di prevenzione e la conoscenza dei determinanti di salute [1].
Quest'evoluzione non nasce dal nulla: America e Gran Bretagna hanno già riconosciuto la validità di quest'approccio attraverso la stesura dell'"Health People 2010" [2]. Fatto proprio dal governo americano e da quello britannico, il documento si propone di imporre la medicina delle persone sane come strategia sanitaria principale del medico del futuro [3].
Una strategia che non ha nulla a che fare con il salutismo, ma è insita nell'evoluzione della medicina in rapporto alla compatibilità, perché una medicina che ha da fare solo con la malattia non è compatibile con le risorse.
Per la stesura di questo documento si è tenuto conto del parere dei vari protagonisti della sanità, ovvero cittadini, esperti di salute e più di 270 agenzie di stato [4]. Gli obiettivi di carattere generale consistono nel raggiungimento dell'equità dell'erogazione dei servizi sanitari per tutta la popolazione e nell'aumento degli anni di salute e della qualità di vita caratterizzata da buona salute [5].
La lettura approfondita del documento fornisce numerosi spunti di riflessione e discussione per tutti coloro che si occupano di sanità e che operano per migliorare lo stato di salute della popolazione, sia essa sana che affetta da patologia.

Determinanti di salute

La salute, intesa non solo come assenza di malattia bensì come condizione caratterizzata da stato di benessere fisico e mentale, è la risultante dell'interazione dei rispettivi determinanti di salute: la costituzione, l'ambiente, il contesto sociale, gli interventi sanitari, l'accesso ai servizi socio-sanitari. Ogni singolo determinante contribuisce, a seconda dei casi ed in maniera più o meno importante, all'espressione di quella che viene definita salute [6]. Patrimonio genetico individuale ed ereditarietà familiare, da soli, già forniscono una buona base di partenza in termini predittivi per quanto riguarda l'espressione dello stato di salute dell'individuo. Le risposte comportamentali individuali sono anch'esse frutto di interazioni con la componente costituzionale. Tutto ciò che respiriamo, vediamo, odoriamo,sentiamo e tocchiamo costituisce l'ambiente fisico; esso è costituito anche da componenti che sfuggono alla percezione sensitiva quali ad esempio radiazioni ionizzanti, inquinanti, ozono, virus e batteri. Il contesto sociale è rappresentato da tutte le interazioni ed i confronti tra individuo e famiglia, scuola, colleghi di lavoro, istituzioni. Politica sanitaria e facilità di accesso ai servizi socio-sanitari completano la sintetica disamina dei determinanti; il razionale messo in pratica della sanitaria deve tener conto della domanda di salute e degli obiettivi di salute della popolazione, delle risorse economiche a disposizione per l'attuazione dei programmi e facilitare l'accesso ai servizi qualitativamente adeguati [7].

Aspettativa di vita e Qol

Negli USA, all'inizio del XX secolo, l'aspettativa di vita era stimata pari a 47,3 anni; oggi è a 77 anni. In Italia si stima, rispettivamente per maschi e femmine, aspettative di vita pari a 74 e 80 anni. Indipendentemente dall'aspetto cronologico sarebbe opportuno che, oltre che a vivere di più rispetto al passato, si vivesse in buona salute fisica e mentale. Qualità di vita e qualità di vita correlata allo stato di salute

(HRQoL/Health Related Quality of Life) esprimono concetti e realtà diverse [6].
Un disoccupato sano è potenzialmente caratterizzato da scadente QoL a causa della mancanza di introito economico e da tutto ciò che ne deriva. La QoL di un soggetto depresso o affetto da emicrania risente anche della condizione di salute, pertanto si parla di HRQoL.

Il ruolo del medico di famiglia come "personal trainer"

È ormai dimostrato il ruolo determinante che i fattori economici e sociali rivestono nella capacità di usufruire delle opportunità di salute della popolazione; vanno quindi sostenuti quei modelli di sistema sanitario ispirati alla solidarietà ed all'eliminazione delle disuguaglianze nella fruizione della salute, da qualunque causa e ragione determinate. Non possono esistere individui veramente sani altro che in popolazioni sane.
La medicina della salute comporta necessariamente un cambiamento del rapporto medico-paziente, poiché richiede una partecipazione molto più attiva della persona sana che vede nel suo medico una sorte di "personal trainer" della salute [8].
Fondamentale è inoltre il ruolo di "comunicatore" che il medico deve ricoprire.
Oggi nella comunicazione in medicina il paziente occupa sempre più una posizione centrale o meglio dovrebbe occuparla.
Questa affermazione è ancora più vera se parliamo di una comunicazione che abbia come finalità l'educazione e la prevenzione del rischio. Purtroppo, anche se può sembrare un paradosso uno dei principali problemi che affligge la medicina moderna è proprio un difetto di comunicazione.
La pletora di informazione sanitaria che circola, a dispetto della tecnologia e dell'informatica, stenta a tradursi in un messaggio vincente. Molteplici sono gli ostacoli che impediscono un corretto fenomeno di translazione; quando parliamo di comunicazione gli ostacoli culturali sono spesso legati alla formazione che i medici hanno ricevuto. Possiamo tradurre questo concetto dicendo che noi medici difficilmente sappiamo comunicare bene e sfruttare completamente le moderne metodiche di comunicazione. Spesso facciamo confusione tra informazione e comunicazione dimenticando che la prima è monodirezionale e presuppone conoscenze specifiche, mentre la seconda è un processo che vive sul feed-back, di notevole complessità e coinvolge gesti, atteggiamenti ed anche espressioni non verbali. Si può essere ottimi informatori e contemporaneamente dei pessimi comunicatori. La comunicazione con il paziente, ed in particolar modo con il paziente sano, è incentrata sul fare della persona il perno di tutto il processo, e tale concetto è ormai acquisito; ben più difficile è capire come fare una comunicazione efficace.
Nel panorama sanitario nazionale il medico di medicina generale è una delle poche figure professionali, se non l'unica, in grado di vedere soggetti sani, dal momento che in un anno viene contattato dal 75% circa dei suoi pazienti e dal 100% in 3 anni, e che mediamente un assistito si reca da lui 5 volte l'anno. I metodi che egli può adottare sono da ricercare nell'attività clinica quotidiana, la cosiddetta "Primary Care" che è costituita fondamentalmente da tre aspetti che possono essere applicati come modello universale d'approccio ai problemi: la medicina di attesa (Expectancy Care), la medicina di opportunità (Opportunity Care) e la medicina d'iniziativa (Anticipatory Care). Una corretta strategia di popolazione non può prescindere da un'adeguata medicina d'iniziativa, intesa come la capacità del medico di famiglia di contattare tutti quei pazienti che per vari motivi non vengono mai nello studio: i cosiddetti "low attenders".
Se il cittadino non va dal medico, il medico di famiglia andrà dal cittadino, ma prima ancora che questo si ammali, intercettando la domanda di salute nei luoghi di vita quotidiana delle persone sane. Non disdegnando i templi del fitness, ma trasformando gli studi in "ambulatori bifronte", luoghi di cura per i malati e di counselling per i sani, inducendoli ad una sorta di "tagliando": un monitoraggio costante dei livelli di salute, e non esclusivamente dei rischi di malattia.

L'inveterata abitudine a prendersi cura più della malattia che del malato, del pericolo più che del rischio e quindi, ad esempio.
Più del diabete che del potenziale diabetico o dell'obesità e non dell'obeso, crea un ostacolo culturale e gestionale difficilmente superabile. Una visione olistica del problema è necessaria se si vuole tramutare in vantaggi pratici quanto presente in letteratura.
La prima terapia non è farmacologica.
Le malattie si contrastano impedendo che la macchina si inceppi. La medicina della saluta è nuova, democratica, perché senza la partecipazione dei pazienti non si può fare ed i medici di famiglia devono diventare i loro consulenti, i "personal trainers" dei cittadini.
La maggior parte delle persone non è consapevole del potenziale beneficio associato ad operazioni semplicissime come, per esempio, la misurazione della circonferenza dell'addome che è il principale predittore d'obesità, malattie cardiovascolari e diabete nell'età adulta. Eseguendo la misurazione in età infantile è possibile ricorrere ad interventi preventivi di grand'efficacia.
Bisogna superare il concetto di prevenzione, che collega l'atto medico alla malattia che potrebbe arrivare, per concentrare l'attenzione anche sulla popolazione sana, affinché a distanza di anni mantenga, e forse migliori, il proprio stato di salute.
La prevenzione, benché utile, non sembra risolutiva nel garantire il benessere della persona, che deve essere mantenuto fin dalla nascita, attraverso nuove strategie che integrino le conoscenze mediche con la sostenibilità finanziaria del sistema.
L'obiettivo non è quello di avviare la gente allo screening dei tumori, che già si fa, ma metterli in condizioni di prevenire il tumore, allontanando abitudini legate statisticamente al suo insorgere.
La medicina della salute si potrebbe identificare come una macrospecialità in cui la medicina della prevenzione in effetti è un sottoinsieme: un'area che investe tutte le condizioni legate allo stato di salute della gente, dall'educazione agli stili di vita, alla sorveglianza ambientale (es. elettrodotti), ecc.

Oggi, la gestione della Sanità impone la pianificazione e la definizione di obiettivi precisi non solo per il malato, ma per la popolazione in generale. Sarebbe infatti auspicabile che all'aumento dell'aspettativa di vita corrispondesse realmente un incremento di anni trascorsi in buono stato di salute. Infine, la conoscenza e la corretta gestione dei determinanti di salute appaiono indispensabili per poter cogliere la sfida del XXI secolo: garantire la salute per tutti.

I pazienti low-attender

Le strategie possibili per raggiungere queste persone impegnano il medico in diversi campi di attività: organizzativo, culturale, sociale ed imprenditoriale.
Innanzitutto, vanno intensificate tutte quelle iniziative legate alla medicina di opportunità, per cui il medico deve cogliere ogni possibile occasione d'incontro (ad esempio, l'accesso allo studio di un low-attender per una qualunque prescrizione per un familiare) per attivare tutte quelle semplici e possibili procedure (revisione dei dati di base inseriti nella cartella clinica e controllo della loro completezza, approfondimento di eventuali dati anamnestici personali o familiari risultati incompleti, valutazione degli stili di vita, visita medica), atte a verificare lo stato di salute di quella persona, anche se non espressamente da questa richieste.
Ciò presuppone, ovviamente, un

Tabella 1: *possibili caratteristiche di un "low-attender"*

- si sente in forma e ritiene di non avere problemi di salute
- non ha tempo per sottoporsi a visite o accertamenti diagnostici
- si cura con le medicine alternative
- teme che dalla visita emerga un grave problema di salute
- non ama i medici e le medicine (precedenti esperienze negative, dirette o indirette)
- lo studio del medico di famiglia non è facilmente accessibile (orari non compatibili con le propri esigenze di lavoro, affollamento in sala d'attesa, etc.)

atteggiamento mentale di fondo da parte del medico che vada ben oltre la semplice predisposizione ad occuparsi solamente dei problemi offerti dal paziente, ma che, in quanto responsabile della salute di una intera comunità e non esclusivamente del singolo, lo porti a provare interesse anche per "ciò che potrebbe essere anche se apparentemente non è". Da tutto questo derivano anche la necessità, da parte del medico, di investire notevoli risorse di tempo e la consapevolezza della possibilità di dover gestire altre situazioni di un certo impegno professionale, che magari non sarebbero scaturite in assenza delle proprie iniziative; per dirla in breve, di "andarsele a cercare".
Ma è proprio in questo che consiste quel nuovo modo di fare la medicina in una società evoluta, di cui si parlava all'inizio di questo capitolo, e sono anche questi i nuovi compiti di un medico di medicina generale all'altezza dei tempi.
Ed è sempre in quest'ottica che, in assenza di un contatto diretto con le persone sane, il medico dovrebbe cercare di attivare una serie di procedure atte ad individuarle e, successivamente, contattarle:

- esame periodico degli elenchi degli assistiti in carico, con estrapolazione dei nominativi di tutti coloro i quali non presentino in cartella clinica alcun tipo di contatto in un periodo predeterminato (un anno, ad esempio)
- contatto, personale o tramite servizio di segreteria, a mezzo telefono, posta ordinaria o elettronica, che consenta di individuare i motivi o gli eventuali problemi logistici che ostacolino l'eventuale contatto con il medico, e che contemporaneamente chiarisca la disponibilità, da parte del medico stesso, ad ovviare agli stessi, oltre a rimarcare l'importanza delle procedure di prevenzione nel sano.
- eventuale revisione dell'organizzazione e delle modalità di accesso al proprio ambulatorio, ove si constatasse l'effettiva impossibilità, da parte di un certo numero di persone, ad accedervi nei modi e nei tempi in uso; sarebbe raccomandabile prevedere una certa elasticità nella gestione degli appuntamenti per visite sia ambulatoriali che domiciliari, pur nella consapevolezza che ciò richiede senz'altro un ulteriore aggravio dei carichi di lavoro, a tutt'oggi non riconosciuto dalla normativa contrattuale tuttora in vigore, ancor meglio sarebbe poter disporre di personale medico o paramedico, opportunamente addestrato, che possa collaborare in questo tipo di attività.
- promuovere e partecipare a campagne di sensibilizzazione su temi riguardanti la promozione ed il mantenimento della salute nell'individuo sano, intervenendo su piccoli gruppi o comunità (famiglia, scuola, organizzazioni impegnate nel sociale, etc.) o a livello locale su gruppi non precostituiti; si segnala, a tale proposito, il successo dell'esperienza "Salute in collina" con la quale un gruppo di medici di medicina generale napoletani ha coinvolto periodicamente presso una sala cinematografica tutta la platea dei cittadini della zona del Vomero (quartiere collinare di Napoli, da cui il nome del progetto) in pubbliche discussioni riguardanti appunto quest'argomento.

Per il raggiungimento del pieno successo di un programma di promozione della salute e delle azioni di prevenzione a ciò mirate è necessario il coinvolgimento di una serie di attori (medici, istituzioni, organizzazioni sindacali e società scientifiche) che svolgano in piena armonia ciascuno la loro parte.
In particolare, si dovrebbe poter contare su:

- un buon numero (se non proprio sulla loro totalità) di medici di medicina generale **motivati**, cioè consapevoli di svolgere una funzione di indubbia utilità per la salute pubblica e non solo per il singolo, e perciò mentalmente strutturati in tal senso, e quindi anche predisposti a sostenere un eventuale sovraccarico di lavoro pur in mancanza di un riscontro economico immediato; **formati**, cioè adeguatamente preparati dal punto di vista scientifico, organizzativo, relazionale; **organizzati**, sia nell'ambito della propria attività, sia in gruppi di medici (es. medicina di gruppo, associazionismo in rete, cooperative);
- piena collaborazione da parte delle Istituzioni preposte alla salute pubblica (ASSL, regioni, distretti sanitari, Università) soprattutto per quanto riguarda la

programmazione ed il coordinamento delle iniziative in materia;
- coinvolgimento a pieno titolo, ai vari livelli di competenza, delle associazioni mediche, in particolare:
  – Cooperative (supporto logistico, informatico -data base-, organizzativo)
  – Società scientifiche (supporto scientifico, "know-how")
  – Organizzazioni sindacali (contrattazione degli aspetti normativi ed economici).

Programmi di mantenimento della salute

Caratteristiche

Qualsiasi iniziativa tesa a mantenere o migliorare lo stato di salute globale di un gruppo più o meno vasto di popolazione, non può prescindere dalle seguenti caratteristiche:
- *il programma deve essere fondato su solide e documentate basi scientifiche:* tale aspetto risulta determinante nel momento in cui si superano le fasi dell'osservazione e della sperimentazione, e si passa all'attuazione di procedure di riconosciuta efficacia sul mantenimento dello stato di salute per cui, quanto più ampio sarà lo strato di popolazione coinvolta, tanto più certa dovrà essere l'efficacia dell'intervento stesso (vedi ad es., le vaccinazioni obbligatorie);
- *i soggetti interessati al programma debbono essere coinvolti già nella fase di progettazione,* al fine di analizzarne tutte le possibili criticità, individuare soluzioni ed ottenere quindi l'ottimizzazione nella fase di realizzazione;
- *deve essere prevista una valutazione del programma, mediante la misurazione degli esiti,* che non prescinda tuttavia da una valutazione continua "in itinere" derivante da un'attenta osservazione degli eventi sul campo.

Risulta evidente, nell'ottica dei sistemi sanitari attualmente operanti nella maggior parte dei Paesi occidentali, che per il successo di un programma di mantenimento della salute, la figura del medico di medicina Generale svolga un ruolo fondamentale, sia quale interfaccia credibile ed affidabile tra l'istituzione proponente il programma e la miriade di soggetti cui lo stesso è rivolto, a quale protagonista nella fase di studio (osservazione epidemiologica sul territorio – vedi sperimentazione – nella fase di progettazione e di attuazione (monitoraggio continuo sul campo).
Inoltre, per il raggiungimento degli obiettivi proposti, risulterà utile il coinvolgimento di ogni piccola comunità (famiglia, scuola, etc.), poiché risulta evidente una migliore compliance se modifiche comportamentali, finalità e motivazioni sono condivise.

Obiettivi

Al di là dell'obiettivo generale del mantenimento dello stato di salute della popolazione nella sua globalità, un programma orientato in tal senso dovrebbe prevedere alcuni sotto-obiettivi, tra i quali:
- *migliorare la qualità della vita,* con intervento sugli stili di vita;
- *mantenere lo stato di salute dei soggetti sani,* a tutte le età e relativamente ad esse;
- *conservare l'equità nell'accesso ai servizi,* garantendo ad ogni cittadino il diritto alla salute indipendentemente dalle propria condizione economica o sociale;
- *sviluppare nella popolazione il concetto di "star bene in comunità",* sulla base della condivisione di obiettivi e strategie efficaci per il loro raggiungimento, ma anche della consapevolezza della comunanza di risorse a ciò destinate.

Campi d'azione

Le aree di intervento per la promozione dello stato di salute di una popolazione possono essere le più varie, anche in relazione all'identità e alle caratteristiche del soggetto proponente (ente o istituzione pubblica, azienda privata, fondazione, etc.). A titolo di esempio, una campagna promossa dal Ministero dell'Interno per l'uso delle cinture di sicurezza da parte degli automobilisti o del casco per i motociclisti avrà delle caratteristiche diverse da una campagna per la prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse mediante l'uso di profilattici, promossa dal Ministero della Salute .
E così, spaziando dalle tematiche classiche della medicina clinica (diabete, ipertensione, broncopatie croniche) a quelle con forte

impatto sui mass-media (obesità, disagio psichico, impotenza sessuale) a quelle emergenti o in fase di recrudescenza (SARS, TBC in alcuni strati di popolazione recentemente immigrata) ci si può rendere conto che anche i target possono essere ogni volta diversi. Tuttavia, è possibile tentare una schematizzazione delle possibili aree di intervento, sulla base di alcuni obiettivi comuni:

- Prevenzione delle malattie cardiovascolari:
  a)prevenzione di diabete, ipertensione, dislipidemie, etc.
  b)promozione dell'attività fisica;
  c)diminuzione del fumo.
- Riduzione delle malattie respiratorie
  a)diminuzione del fumo;
  b)riduzione degli inquinanti atmosferici;
  c)trattamento delle allergie respiratorie.
- Lotta contro i tumori
  a) diagnosi precoce;
  b) procedure di screening;
  c) riduzione degli inquinanti ambientali;
  d) adozione di stili di vita sani (alimentazione, attività fisica, riduzione del fumo).
- Controllo sull'abuso di alcol, tabacco e droghe.
- Prevenzione del disagio psichico.
- Diminuzione degli incidenti stradali
  a)limiti di velocità;
  b)uso delle cinture di sicurezza e del casco;
  c)lotta alla guida in stato di ebbrezza.
- Diminuzione degli incidenti domestici
  a)integrità degli impianti elettrici e di riscaldamento;
  b) campagne di sensibilizzazione sulla sicurezza domestica di adulti e bambini.
- Promozione della cultura delle vaccinazioni
- prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse

Stato di salute: cosa misurare

È chiaro che, per valutare l'efficacia di un qualsiasi programma di miglioramento dello stato di salute di una popolazione, bisogna utilizzare alcuni indicatori che, in maniera più o meno diretta, sono correlabili ad esso.
Alcuni di questi, come il tasso di mortalità globale o per singole patologie o gruppi, l'incidenza di nuovi casi nella popolazione per il periodo considerato, sono abbastanza ovvii e facilmente misurabili, altri invece, come la qualità o l'attesa di vita, richiedono valutazioni decisamente più complesse, ma possono dare delle indicazioni altrettanto interessanti soprattutto dal punto di vista della percezione di efficacia dell'intervento programmato da parte della popolazione stessa cui esso era destinato.
Altri parametri da considerare possono essere, ad esempio, il numero di accessi agli ambulatori o di ricorso ai presidi di pronto soccorso, il numero di ricoveri ospedalieri per singole o gruppi di patologie; o, ancora, la spesa sanitaria suddivisa per problemi, oppure l'andamento delle coperture assicurative in campo sanitario.
Volendo considerare, invece, degli indicatori di salute relativi alla singola persona, magari per poi estendere la valutazione a gruppi sempre più estesi, possiamo annoverare senz'altro i parametri relativi al peso, all'altezza, al consumo di sigarette e di alcolici, all'attività fisica, all'abuso di droga, alla presenza di comportamenti sessuali a rischio, alla regolarità delle pratiche vaccinali, alla frequenza degli accessi ai servizi sanitari, alla presenza di fattori di rischio legati all'attività lavorativa.

Programma di mantenimento della salute:

1. Fondato su documentate basi scientifiche
2. Costruito in collaborazione con i soggetti interessati
3. Valutabile attraverso la misurazione degli esiti

Il mg nella comunità come elemento credibile ed affidabile.
Utilizzare ogni piccola comunità (famiglia scuola) per il raggiungimento degli obiettivi.

Obiettivi:

- Mantenere in salute i soggetti sani a tutte le età;
- migliorare la qualità di vita agendo sugli tili di vita;
- predisporre un programma che mantenga l'equità nell'accesso ai servizi;
- Sviluppare nella popolazione il concetto di "star bene in comunità".

Campi di azione:

- Prevenzione delle malattie croniche (diabete, ipertensione, BPCO ect.);
- promuovere la cultura delle vaccinazioni;
- controllo di alcool tabacco e droghe;
- morti per malattie cardiocerebrovascolari
- diabete e malattie croniche;
- malattie mentali;
- obesità;
- promozione dell'attività fisica;
- diminuzione del fumo;
- hiv-aids;
- incidenti stradali.

3 aree condivise con il PSN

- Fumo (dipendenze);
- alimentazione e nutrizione (alcool);
- attività fisica.

Le partnerships sono uno strumento per migliorare la salute nella comunità

- Industrie;
- regioni;
- organizzazioni civili, professionali e religiose;
- palestre;
- scuole e centri educativi.

Stato di salute: cosa misurare

- Tasso di natalità e di mortalità;
- attesa di vita;
- qualità di vita;
- morbilità per alcune malattie;
- fattori di rischio;
- uso degli ambulatori;
- ricoveri ospedalieri;
- accessibilità ai servizi sanitari;
- coperture assicurative.

Principali indicatori di salute

- Attività fisica;
- sovrappeso e obesità;
- fumo;
- abuso di sostanze;
- comportamenti sessuali a rischio;
- salute mentale;
- ferite e violenze;
- ambiente;
- vaccinazioni;
- accesso ai sevizi sanitari.

- Per ogni indicatore di salute vi sono specifici obiettivi che devono essere usati per valutare i progressi di salute nella popolazione nei prossimi 10 anni.
- La sfida è trovare l'equilibrio tra un set omnicomprensivo di obiettivi di salute e un piccolo gruppo di priorità.

Schema di un progetto di intervento contro la diffusione dell'obesità

- Presupposti – razionale dell'intervento;
- obiettivi generali, secondari e parcellari;
- soggetti coinvolti (Istituzioni - medici-pazienti);
- individuazione degli indicatori d'intervento;
- strategie d'intervento: modalità e tempi del rilievo degli indicatori;
- strategie d'intervento: impiego di tecnologia informatica per la pianificazione di regimi alimentari e programmi di incremento dell'attività fisica individualizzati*.

Area sovrappeso-obesità
Cosa misuriamo

- Bmi;
- consumi specifici (rischio e protezione);
- consumo di grassi;
- porzioni minime di verdura/legumi e frutta;
- consumo di alcool;
- abitudine al fumo;
- attività fisica.

Indicatori di esito intermedio

- Mantenimento a tre anni del BMI;
- calo di 1 punto BMI nei sovrappeso;
- modifica del 30% dell'introito qualitativo dei grassi ingeriti (questionario sulla frequenza di consumo di alcuni alimenti);

---

* Un sistema informatizzato di programmazione individuale d'incremento dell'attività fisica dovrebbe considerare:
- età e sesso;
- bmi e peso ideale;
- attività fisica attuale e pregressa;
- presenza di patologie metaboliche o cardiovascolari;
- terapia farmacologica in atto;
- preferenze individuali, anche in base alle strutture utilizzabili (possibilità di più opzioni).

e dovrebbe fornire uno schema giornaliero di incremento graduale dell'attività fisica, sulla falsariga degli schemi dietetici, eventualmente integrandosi a questi.

• numero soggetti che incrementano il consumo di verdura e legumi dalla classe o ad una successiva (questionario).

Bibliografia

[1] Spoleto 2004, “1° Congresso Nazionale SIMPeSS”.

[2] Davies RM. Healthy People 2010: objectives for the United States BMJ 2000; 320: 818-819.

[3] Healthy People 2010 HYPERLINK “http://www.health.gov/healthypeople/” http://www.health.gov/healthypeople/

[4] Healthy People 2010 http://www.health.gov/healthypeople/Volume1- determinantes of health.

[5] Health For All 21 - WHO “Regional Programme”.

[6] Carmosino G. “Ricerca e Sanità” 2000, volume 1 n° 3.

[7] Pagni A. “Sanità Management” maggio 2004, pag. 4.

[8] Firenze 2003 “20° Congresso Nazionale SIMG”.



Pneumologia Campania - IV Edizione

Il 27 e 28 gennaio si è svolta la IV edizione di “Pneumologia Campania”, appuntamento ormai consueto, durante il quale gli specialisti pneumologi campani si riuniscono per discutere di progressi scientifici e di problemi organizzativi inerenti la disciplina. Quest’anno, dopo le riuscite riunioni di Napoli, Salerno e Caserta è toccato alla Pneumologia Beneventana, rappresentata da Gianni Balzano e Mario Del Donno, direttori, rispettivamente, della UOC di Pneumologia e Riabilitazione Respiratoria della Fondazione “Salvatore Maugeri” di Telese Terme e della UOC di Pneumologia dell’Azienda Ospedaliera “G. Rummo” di Benevento. L’evento si è svolto in due giornate, la prima a Benevento e la seconda a Telese. Gli organizzatori hanno scelto di incentrare le due giornate su argomenti che presentano un notevole impatto sul carico assistenziale non solo delle UO di Pneumologia, ma anche degli ambulatori di Medicina Generale. Un aspetto innovativo della riunione di quest’anno è stata, infatti, la notevole partecipazione di Medici di Medicina Generale (MMG), a sancire l’importanza di una costante collaborazione nella gestione delle malattie respiratorie tra specialisti e generalisti. La I giornata è stata dedicata alle interstiziopatie e all’asma. Nella sessione sulle interstiziopatie sono stati affrontati temi attuali, quali la diagnostica di laboratorio, con una certa enfasi sul ruolo del lavaggio bronchiolo-alveolare, l’imaging polmonare, con in primo luogo la TC del torace ad alta risoluzione, la corretta valutazione funzionale del paziente, soprattutto nel follow-up, le nuove terapie, incluso l’impiego dell’interferone gamma 1b nella UIP e, infine, l’attualissimo tema del trapianto polmonare, con le diverse opzioni che il chirurgo deve affrontare quando si decide di trapiantare un organo complesso come il polmone. Per quanto riguarda l’asma, si è discusso di nuove acquisizioni patogenetiche, di attuali opzioni terapeutiche, compreso il ruolo degli anticorpi monoclonali anti-IgE, di programmi educazionali, di linee guida e dei ruoli, diversi ma complementari, svolti dal MMG e dallo specialista.
La II giornata congressuale si è svolta a Telese ed è stata interamente dedicata alla BPCO. Il tema della patogenesi è stato affrontato con interventi interessanti e suggestivi, quali quello sulla ipotesi autoimmune nella genesi e automantenimento della malattia, quello sull’infiammazione delle vie aeree e sui metodi per studiarla, quello sul ruolo dello studio fisiopatologico e dell’importanza del test da sforzo cardio-polmonare nel corretto inquadramento del paziente. Riguardo al trattamento in fase di stabilità della malattia, largo spazio è stato dato agli interventi educazionali e alle esigenze del paziente, con la partecipazione al dibattito di rappresentanti dei MMG e di associazioni di pazienti. Il trattamento della BPCO riacutizzata, con interventi sul ruolo dei farmaci, della terapia intensiva e della riabilitazione ha concluso le due interessanti giornate di lavori, nel corso delle quali non sono mancati alcuni apprezzati momenti conviviali. Appuntamento per l’anno prossimo ad Avellino, con la V Edizione.

Francesco Stefanelli

La terapia continuativa dell'asma Eppur si muove

Augusta Battistini, Roberta Marvasi

In tutti i paesi industrializzati si segnala un insufficiente controllo dell'asma [1-2] malgrado un'ampia disponibilità di farmaci e di linee guida: ben 12 solo in lingua inglese , pubblicate a partire dal 1998 e riguardanti più o meno specificamente il bambino [3].
Si tratta di documenti pubblicati sotto l'egida delle più importanti società scientifiche internazionali "con lo scopo primario di migliorare la salute del bambino e di assicurargli un trattamento aggiornato, basato sull'evidenza" [3] Ma uno dei punti deboli delle Linee Guida sta probabilmente proprio nei complicati rapporti con l'Evidence Based Medicine (EBM). Quest'ultima ineguagliabile quando si tratta di fare il punto su quel determinato problema e per programmare quindi le successive ricerche, non è invece altrettanto semplice da applicare alla clinica [4]. Può ad esempio succedere che il punto di partenza della EBM e cioè la metanalisi della letteratura "escluda vecchi studi con controllo placebo perché insufficienti sul piano statistico e perda così informazioni fondamentali sul piano clinico" [4 bis]. L'EBM inoltre per la sua essenza stessa è più mirata a far emergere l'efficacia di un farmaco che non la sua efficienza clinica: vedi l'esempio dei Beta 2 stimolanti (β_2) per inalazione che poco efficaci nella bronchiolite, quando usati da soli e a bassi dosaggi, diventano invece efficienti quando associati allo steroide e usati a dosaggi adeguati [5]. Infine i tempi richiesti dall'EBM per convalidare la validità di un trattamento sono in genere talmente lunghi per cui si finisce per rimandare di anni l'utilizzo di quei farmaci e soprattutto di quelle nuove strategie terapeutiche che vanno continuamente emergendo.
L'insieme di queste problematiche porta a rivedere uno degli aspetti più complessi e controversi dell' asma del bambino e cioè la terapia continuativa o a lungo termine [6].

Le linee guida per la terapia dell'asma persistente del bambino

L'accordo unanime sull'opportunità di iniziare una terapia continuativa con steroidi inal. nell'asma persistente lieve, è in realtà solo apparente in quanto la definizione di questa forma è estremamente variabile: si va infatti dalle Linee Guida Inglesi che definiscono affetto da asma persistente lieve quel paziente che usa il β_2 stimolante al bisogno fino a 22 volte alla settimana a quelle GINA in cui l'utilizzo del β_2 "si riduce" a 2 volte alla settimana [7-8]. Si tratta comunque di proposte tutte inaccettabili in quanto anche l'ultima, la meno assurda, lascia senza terapia di fondo un bambino che respira male una volta alla settimana e quindi non tiene conto né della qualità di vita del paziente né del fatto che i sintomi anche se saltuari sono un marker dì flogosi bronchiale, che già di per se richiede una terapia antiflogistica [1].
Inoltre questo tipo di valutazione non è utilizzabile nel bambino, particolare di cui si sono finalmente accorti anche gli estensori delle linee guida GINA [7], tanto che nell'Edizione 2002 scrivono "i bambini raramente segnalano la necessità di un trattamento con reliver (vedi β_2 stimolanti) e inoltre chi si prende cura di loro non sa a quali segni dare importanza e non conosce i farmaci da usare... queste considerazioni

inducono quindi ad una più precoce introduzione dei controller (steroidi)". L'assurdo utilizzo dello steroide inal. raggiunge il suo apice quando si arriva alla posologia: la dose può essere infatti aumentata solo se il paziente usa il β_2 più di 4 volte al giorno, mentre deve essere già ridotta (e quindi azzerata nel caso di una asma persistente lieve) quando il bambino usa ancora il β_2 e quindi ha anche sintomi due volte al giorno [7-8]. L'irrazionalità e l'inapplicabilità di queste direttive sono state confermate sul campo da una ricerca svolta in Inghilterra dalla quale è emerso che: "i genitori per evitare un peggioramento della sintomatologia a volte si rifiutano di ridurre la dose dello steroide ,opponendosi in questo modo ai criteri accettati a livello nazionale" [9]. Qualcosa comunque si sta muovendo, in particolare nella recentissima versione italiana delle linee Guida GINA per il bambino [10]: non solo si concede l'uso continuativo al bambino con dispnea da sforzo (vedi anche GINA 2002) ma se ne allarga l'indicazione, dal bambino che usa il β_2 una volta alla settimana a quello che lo usa anche "occasionalmente", termine che seppur non facile da quantificare sta a nostro parere per un uso ogni 2-3 settimane.

Come ottimizzare l'uso dello steroide inal.

Riconosciuta la limitata efficacia degli antileukotrieni e dei cromoni e le difficoltà all'uso della teofillina (anche perché "costa troppo poco"), le ricerche degli ultimi anni si sono focalizzate sull'utilizzo ottimale dello steroide per inalazione fino a portare a tre nuovi indirizzi terapeutici.

Primo indirizzo = La terapia con **steroidi inal. al bisogno** al posto di quella continuativa (per mesi), è giustificata da un lato da un andamento ondulante presente anche nell'asma persistente, e dall'altro dalla prerogativa del farmaco di agire molto rapidamente, come confermato dal suo impiego nel episodio acuto grave [1]. Ed in effetti il trattamento al bisogno permette di ridurre la dose di steroidi inal. globalmente utilizzati, dando nello stesso tempo risultati sovrapponibili al trattamento continuativo sia per quanto riguarda numero di riacutizzazioni e qualità di vita [11]. Meno brillanti sono invece i risultati per gli indici di flogosi bronchiale (iperreattività bronchiale compresa) e per il numero di giorni in cui il paziente presenta sintomi [11]. In attesa di ulteriori verifiche la scelta fra steroidi inal continuativi o al bisogno, viene lasciata al paziente [1], approccio che non è oviamente praticabile in pediatria.

Secondo indirizzo = In caso di mancato controllo di un asma persistente da parte del solo steroide inal, **l'aggiunta del β_2 long acting**. Si è confermata nettamente superiore alla vecchia prassi del raddoppio dello steroide inal. Quest'ultimo anche se usato ad alte dosi comporta infatti maggior uso di Beta2 al bisogno, flussi espiratori più bassi , più alto numero di pazienti costretti ad abbandonare il trattamento sia per il peggioramento della sintomatologia (OR = 1,58) sia per il maggior numero di riacutizzazioni (OR = 1,35) [12].
Gli ultimi strenui sostenitori dell'aumento della dose dello steroide sostengono che solo così si arresta la flogosi bronchiale mentre i suoi detrattori sottolineano che, una volta superati i dosaggi giornalieri di 200-400 µg per la budesonide e i 70-170 µg per il fluticasone, quelli che continuano ad aumentare sono solo gli effetti collaterali. Una recente Review della Cochrane [13] a favore dell'associazione precocissima del β_2 long acting allo steroide inal porterebbe sostanzialmente ad abbandonare l'uso dello steroide inal da solo. Questo approccio è ancor più auspicabile nel bambino: questo trattato con 320 µg die di budesonide, dosaggio ancora iniziale secondo le linee guida [8], cresce meno(in media 0,9 cm anno) rispetto a quello trattato con 80 ug di budesonide +β_2 long acting [15], anchese in genere si tratta di un rallentamento

temporaneo che non influenza la statura definitiva dell'adulto [14].
Nella scelta di una terapia, i criteri generali vanno comunque come sempre adattati al singolo paziente [14 bis]: così ad esempio in un soggetto con disturbi del ritmo cardiaco si propenderà più per un aumento della dose di steroidi mentre in uno con problemi di osteoporosi (vedi Fibrosi Cistica) si rende praticamente indispensabile un inserimento precoce dei β_2 long acting.

Il terzo indirizzo = **Amalgama i due precedenti** e quindi utilizza lo steroide inal +β_2 long acting non solo nella terapia a lungo termine (II indirizzo) ma anche alla comparsa dei sintomi (I indirizzo) situazione quest'ultima fino ad ora affrontata con il solo β_2 short acting. Da un lato aumentare gli steroidi alla comparsa dei sintomi permette di spegnere la flogosi sul nascere e quindi di contenere anche le dosi di steroidi inal nella terapia a lungo termine. Dall'altro l'impiego dei β_2 stimolanti nelle varie fasi rappresenta l'arma indispensabile non solo per il controllo della sintomatologia in fase acuta ma anche per ridurre ulteriormente la dose dello steroide nella terapia di fondo. Si dovrebbero così raggiungere i tre scopi principali della terapia continuativa dell'asma: buona qualità di vita, controllo della flogosi bronchiale e contenimento della terapia steroidea.
L'utilizzo di un preparato che contiene associati budesonide +formoterolo (Beta 2 long acting che ha anche un azione immediata) sia nella terapia di base che in quella al bisogno [15] ha portato ad un calo delle riacutizzazioni del 47% rispetto al vecchio schema classico(budesonide continuativo ad alte dosi e β_2 short acting al bisogno) e del 45% rispetto alla seconda strategia (budesonide+formoterolo continuativi e β_2 short acting al bisogno).
Il nuovo approccio si rivela vincente anche per quanto riguarda miglioramento della funzionalità respiratoria e riduzione delle riacutizzazioni gravi e dei sintomi sia diurni che notturni. In linea con questi risultati stanno anche gli unici dati parziali relativi ai bambini (341 pazienti, età 4-12 anni): in questi il nuovo approccio riduce i trattamenti cortisonici per os per gravi episodi non solo in modo significativo all'indagine statistica ma anche in modo importante sul piano quantitativo (da 0,3 a 0,05 trattamenti per anno per bambino) [15].
A causa dei dosaggi di steroidi estremamente bassi (160 µg/die di budesonide nell'adulto e 80 µg/die nel bambino) anche il terzo indirizzo non riesce a controlla del tutto l'asma: il paziente ha infatti sintomi un giorno su due per cui è costretto ad usare in media un inalazione extra di β_2 + steroide al giorno.
Ma se dosaggi così bassi sono giustificati in una ricerca che deve evidenziare differenze fra protocolli diversi, non lo sono altrettanto nella pratica clinica. Questo rappresenta un ennesimo esempio di come una ricerca, pur rispondendo a tutti i requisiti dell'EBM, non possa poi essere sempre direttamente translata nella pratica: nel caso specifico per avere un risultato soddisfacente, non solo in rapporto ad altri trattamenti, ma anche in senso assoluto la dose di steroide continuativo dovrà essere infatti aumentata e tranquillamente raddoppiata(da 80 a 160 µg budesonide/die nel bambino) e questo soprattutto in età pediatrica nella quale ridurre i dosaggi della terapia inalatoria rispetto a quella dell'adulto è già di per sé un errore [16].

Un approccio mirato e aggiornato all'asma persistente del bambino

Contrariamente a quanto ritengono gli estensori delle "Linee Guida" l'asma del bambino non è come quella dell'adulto caratterizzata da sintomi (dispnea) momentanei che si presentano, ad esempio nella forma intermittente lieve, due o più volte alla settimana [7] o addirittura 2 o più volte al giorno [8]. L'asma del bambino si presenta invece con episodi di flogosi bronchiale ostruttiva, nella maggioranza dei casi scatenati da infezioni virali, che durano in genere dai 7 ai 15 giorni. Si capisce così come il gruppo pediatrico di Rochester [17]

suddivida l'asma in: 1) lieve, quella che negli ultimi 12 mesi ha comportato al massimo una visita medica e due episodi di sibili; 2) medio grave quella che sempre nel giro di un anno ha comportato 3 o più episodi di sibili o 2 o più visite mediche. Sulla stessa linea gli australiani [18] distinguono l'asma episodica infrequente da quella episodica frequente a seconda del numero di episodi broncoostruttivi, rispettivamente meno o più di 5 in 6 mesi. A quest'ultima impostazione si attengono in pratica le ultime linee guida italiane [10] quando affermano che i pazienti con asma intermittente ma con riacutizzazioni frequenti (più di una volta ogni 4-6 settimane = 5 o più episodi in 6 mesi) o gravi devono essere trattati come asma persistente.

Si tratta di una chiara e importante presa di posizione che finalmente prende le distanze dalle linee guida internazionalie che trova appoggio anche nei risultati da noi ottenuti negli ultimi 15 anni [6].

Nel nostro approccio è già asma persistente lieve quella caratterizzata da sintomi o episodi broncoostruttivi una volta ogni 30-40 giorni, questi bambini come quelli con episodi broncoostruttivi gravi seppur più dilazionati nel tempo o con tosse persistente spontanea o da sforzo, sono stati trattati in modo continuativo con steroidi inal+β_2, sostituiti nei periodi di remissione con controllers o antiflogistici "leggeri" come i cromoni e gli antileucotrieni. Un ulteriore provvedimento, da sempre utilizzato dai pediatri anche se solo recentemente validato dalla ricerca, è quello di usare sempre, nei momenti di riacutizzazione, accanto al β_2 anche lo steroide inal (vedi sopra = terzo indirizzo terapeutico). Il controllo della malattia seppur orientativamente, appare migliore rispetto a quello riportato in letteratura (Tabella) ma i risultati sono soddisfacente anche in senso assoluto, sia per quanto riguarda la clinica che gli indici spirometrici [6].

All'obbiezione senz'altro giustificata che la nostra ricerca non rispetta i canoni dell'EBM possiamo solo rispondere che essa in compenso evita uno dei punti deboli dell'EBM e cioè lo "scampa cavallo che l'erba cresce". Possiamo anche, più "scientificamente" rispondere citando un articolo pubblicato recentemente sul Britisch Medical Journal sull'"Uso del paracadute nella prevenzione della morte e dei traumi gravi da rischio gravitazionale: review sistematica degli studi randomizzati e controllati" [23]. Dopo aver documentato con humour tipicamente inglese la serietà della loro ricerca bibliografica, gli AA affermano che "come per molti altri provvedimenti preventivi non disponiamo

Tabella *Confronto fra parametri clinici dei pazienti seguiti dal Centro di Fisiopatologia Respiratoria Infantile dell'Università di Parma [6] e pazienti pediatrici di altri paesi [18-22]. La casistica personale è composta da 103 bambini trattati in modo continuativo con steroidi inal + Beta2 in media per 6,5 mesi/anno. Alla prima visita avevano un età mediana di 5 anni e sei mesi e sono stati poi seguiti in media per 6 anni e 7 mesi (minimo 4 anni massimo 11 anni) nel periodo 1990-2001. I dati corrispondono alle medie rilevate ai controlli ambulatoriali pari ad un totale medio di 14,7 per paziente e quindi a poco più di due controlli anno per paziente.*

	Casistica personale	Letteratura	
% pazienti con più di 4 episodi broncostrutt./anno	20%	33%	Svizzera [19]
10 episodi broncostrutt./anno	1%	11%	Australia [18]
% pazienti ospedaliz./anno	7%	12%	Italia-Aire [20]
n° episodi broncostruttivi /anno/paziente	2,9	14,8	USA NY [21]
n° trattamenti steroidi- os per episodi bronc/paziente/anno	0,5	2,3	USA Baltimora [22]

ancora di una rigorosa ricerca randomizzata con controllo che dimostri l'utilità del paracadute. Di qui l'invito ai più radicali sostenitori della Medicina Basata sull'Evidenza ad organizzare e a partecipare ad uno studio randomizzato con placebo,in doppio cieco e crossover".
Quest'ultimo particolare richiede che chi, forse grazie al paracadute, si è salvato debba poi riprovare (crossover) senza paracadute perché solo la sua morte o un suo grave trauma permetteranno di dimostrare in maniera inequivocabile e definitiva che il paracadute è utile.
Per concludere più seriamente, citiamo due autorità in campo pneumologico pediatrico. La prima, la Von Mutius scrive testualmente: "la metanalisi è solo un modo per valutare le ricerche e non per dirci la verità. Noi abbiamo bisogno di dati oggettivi ma abbiamo anche bisogno di un medico esperto per trattare il paziente" [4]. Dal canto suo Balfour-Lynn riferendosi più specificamente ai rapporti fra EBM e Linee Guida sostiene che queste devono usare anche il buon senso. Ed è per questo che ai classici 4 livelli di evidenza che, come è noto, vanno da un massimo per la ricerca randomizzata controllata (I) ad un minimo per il consensus degli esperti(IV) ne andrebbe aggiunto un V, e cioè l'evidenza dell'ovvio. Nella specifica patologia trattata dall'AA il V livello quello dell'ovvio si riferisce alla necessità di ospedalizzare tutti i bambini con empiema parapneumonico [24] mentre nel nostro caso ci sembra altrettanto ovvio trattare in modo continuativo quei bambini che presentano episodi broncoostruttivi frequenti e a maggior ragione quelli che hanno sintomi anche una sola volta alla settimana [8].

Bibliografia

[1] O'Byrne PM. Daily inhaled corticosteroids treatment should be prescribed for mild persistent asthma. Am J Respir Crit Care Med 2005; 172: 410-416.

[2] Riekert KA, Butz AM, Eggeston PA et al. Caregiver-Physician concordance and undertreatment of asthma among inner-city children. Pediatrics. 2003; 111: e214-e220.

[3] Boluyt N, Lincke CR, Offringa M. Qualità of Evidence-Based pediatric guidelines. Pediatrics. 2005; 115: 1378-1391.

[4] Cartabellotta A. Facciamo luce sull'EBM. Pneumorama. 2004; 10: 10-15.

[4 bis] Von Mutius E. Presentation of new GINA guidelines for paediatrics. Clin Exper Allergy. 2000; 30: supl. 1, 6-10.

[5] Battistini A. Terapia medica delle urgenze respiratorie. Ped Med Chir. 1999; 21: 171-179.

[6] Battistini A, Baroni V, Marvasi R. La terapia a lungo termine dell'asma: i risultati di un approccio più aggressivo rispetto alle Linee Guida. Pneumologia Pediatrica. 2004; 4: 42-55.

[7] British guideline on the management of asthma. Thorax. 2003; 58:1-94.

[8] Global Initiative for Asthma(GINA). Global strategy for asthma management and prevention. National Heart, Lung and Blood Institute. Bethesda, Maryland USA 2002.

[9] Zacharasiewicz A, Wilson N, Lex C et al. Clinical use of non-invasive measurements of airway inflammation in steroid reduction in children. Am J Respir Crit Care Med 2005; 171: 1077-1082.

[10] Global INitiative for Asthma. Linee Guida Italiane-Aggiornamento 2005. www.ginasma.it

[11] Agertoft L, Pedersen S. Effect of long-term treatment with inhaled budesonide on adult height in chidren with asthma. N Engl J Med 2000; 343: 1064-1069.

[12] Boushey HA, Sorkness CA, King TS et al. Daily versus as needed corticosteroids for mild persistent asthma.New Engl J Med 2005; 352: 1519-1528.

[13] Masoli M, Weatherall M, Holt S, Beasley R. Moderate dose inhaled corticosteroids plus salmeterol versus higher doses of inhaled corticosteroids in symptomatic asthma. Thorax 2005; 60: 730-734.

[14] Chroinin M, Greenstone IR, Ducharme FM, Addition of inhaled long-acting beta2-agonist to inhaled dteroids as first line therapy for persistent asthma in steroid- naïve adults. The Cochrane Data Base of Systematic Reviews 2004; Issue 4.

[14 bis] Tattersfield AE. When should a long acting beta 2 agonist be added to an inhaled corticosteroid? Thorax 2005; 60: 710.

[15] O'Byrne PM, Bisgaard H, Godard PP et al. Budesonide/Formoterolo combination therapy as both maintenance and reliver medication in asthma. Am J Respir Crit Care Med. 2005; 171: 129-136.

[16] Battistini A. Terapia inalatoria nel bambino. (in corso di stampa su Broncopneumologia Pediatrica)

[17] Halterman JS, Aligne CA, Auinger P, et al. Health and Health care for high-risk children and adolescents.Inadequate therapy for asthma among children in United State. Pediatrics 2000; 105: 272-276.

[18] Haby MM, Powell CVE, Oberklaid F et al. Asthma in children: gaps between current management and best practice. J Paediatr Child Health. 2002; 38: 284-289.

[19] Kuehni CE, Frey U. Age-related differences in perceived asthma control in childhood-guideline and reality. Eur Respir J 2002; 20: 880-889.

[20] Vermeire PA, Rabe KF, Soriano JB. Asthma control and differences in management practices across seven European countries. Respir Med 2002, 96: 142-149.

[21] Warman KL, Silver EJ, Stein RE. Asthma symptoms,morbidity and anti-inflammatory in inner-city children. Pediatrics 2001; 108: 277-282.

[22] Riekert KA, Butz AM, Eggleston PA, et al. Care giver-physician medication concordance and undertreatment of asthma among inner-city children. Pediatrics 2003; 111: e214-220

[23] Smith GCS, Pell J. Parachute use to prevent death and major trauma related to gravitational challenge: systematic review of randomized controlled trials. BMJ 2003; 327: 20-27.

[24] Balfour-Lynn IM. Some consensus but little evidence: guidelines on management of pleural infection in children. Thorax 2005; 60: 94-96.

MICRO-VETT
VEICOLI ELETTRICI - ELECTRIC VEHICLES

ASSOCIAZIONE ITALIANA Studio Tosse AIST

MIDIA EDIZIONI

Premio AIST 2008

Invia un lavoro su ambiente, tosse e malattie respiratorie
Vinci un'auto elettrica

Il Direttivo dell'AIST (Associazione Italiana Studio Tosse) in occasione del suo prossimo Congresso Nazionale, che si terrà a Bologna nel febbraio 2008, assegnerà per la prima volta il Premio AIST, promosso al fine di incentivare la ricerca su ambiente, modificazioni della qualità dell'aria e problematiche respiratorie.

L'iniziativa condotta in collaborazione con Micro-Vett e MIDIA Edizioni, vuole contribuire alla presa di coscienza di come l'ambiente sia divenuto un importante fattore di rischio favorente l'incremento di patologie e sintomi a carico del tratto respiratorio integrato.

Il premio verrà assegnato per la realizzazione di un lavoro scientifico inedito che riguardi aspetti epidemiologici, terapeutici/preventivi, diagnostici e di ricerca applicata inerenti a: tosse, inquinamento atmosferico, patologie delle alte e basse vie respiratorie.

Regolamento

Possono partecipare al concorso medici, farmacologi, biologi, senza limiti di età.

Termini e modalità

1) Per poter essere ammessi i lavori (inediti) dovranno essere inviati per raccomandata entro e non oltre il 30 ottobre 2007 a Segreteria AIST, Via Mazzini 12, 40138 Bologna;
2) La domanda deve contenere oltre ai dati anagrafici un breve curriculum dell'autore un recapito telefonico, un indirizzo e-mail e l'indirizzo dell'Azienda Ospedaliera, dell'Università, dell'Istituto o dell'Ente di appartenenza;
3) Il lavoro dovrà essere fornito su CD e in 2 copie su supporto cartaceo;
4) I lavori pervenuti non saranno restituiti;
5) I lavori pervenuti oltre il termine di scadenza saranno escluse dal concorso.

Selezione dei Lavori

La giuria selezionerà 20 lavori che saranno inseriti quali relazioni nel programma del congresso nazionale AIST 2008 e fra questi, a suo insindacabile giudizio, sceglierà i vincitori dei premi.
Tutti i lavori inviati, anche quelli non selezionati per la presentazione orale, saranno pubblicati sul volume degli atti.

I premi

1° premio un Auto Elettrica MICRO-VETT
2° premio una Moto elettrica
3° premio una Bici elettrica

Premiazione

I vincitori saranno invitati a ritirare il premio in occasione del 7° convegno AIST che si terrà il febbraio 2008.

Per ogni ulteriore informazione, contattare: azanasi@orsola-malpighi.med.unibo.it

Bologna, 4 febbraio 2006

Associazione Italiana Studio Tosse
Sede: Via Mazzini, 12 • 40138 Bologna • tel. 051.30.73.07 • fax 051.30.29.33

La tosse oggi

Alessandro Zanasi

Ippocrate chiamava la tosse "la voce del polmone", oggi quella voce ci parla di un malessere, sempre più diffuso nel nostro paese, tanto da riguardare ormai una persona su cinque.
Questi dati emergono da uno studio epidemiologico presentato a Bologna il 3 febbraio u.s. in occasione del 6 Congresso Nazionale dell'Associazione Italiana Studio tosse (AIST).
Lo studio condotto dall'AIST in collaborazione con il CNR di Pisa e l'U.O. di Fisiopatologia respiratoria di Bologna su un'ampia popolazione di soggetti privi di specifiche esposizioni lavorative, dimostra una prevalenza globale di tosse di circa il 30%, il valore è più alto tra le donne (33%) rispetto agli uomini (27%). Un'analisi più dettagliata permette poi di evidenziare come la quota di tosse cronica (21,9%) sia superiore a quella occasionale (8,3%). Queste percentuali risultano leggermente superiori a quelle rilevate in precedenti studi epidemiologici e sono verosimilmente la conferma di un problema in espansione.
Sebbene questo sintomo sia una delle manifestazioni cliniche che più frequentemente inducono i pazienti a consultare il Medico, tende ad essere sottovalutato: in generale l'orientamento è quello di eliminarlo il più presto possibile, senza ricercarne le cause.
Quando (come spesso accade) la tosse resiste al trattamento sintomatico, si fa persistente e comincia ad interferire con la qualità di vita, ecco allora inizia una via crucis che porta il paziente peregrinare da uno specialista all'altro, il più delle volte senza alcun esito, se non quello deprimente di una diagnosi di tosse psicogena.

Partendo da queste osservazioni è stata costituita a Bologna nel dicembre del 1996, l'AIST, società che riunisce Specialisti di branche mediche diverse, con l'obiettivo di:

- *promuovere* la ricerca sul *"sintomo tosse"* e sulle problematiche ad essa inerenti (malattie respiratorie, tabagismo, inquinamento atmosferico, ecc);
- *svolgere* un *ruolo informativo/educazionale* per prevenire e migliorare la gestione di questo sintomo e delle sue complicanze;
- *favorire* lo sviluppo di Centri con caratteristiche di qualità omogenee, per una migliore assistenza dei pazienti con tosse, in grado di assicurare l'applicazione uniforme dei più elevati standard di diagnosi e terapia.

Il contributo di Specialisti di vari settori (pneumologo, gastroenterologo, otorinolaringoiatria, pediatra, farmacologo, ecc.) e la collaborazione con Esperti internazionali rendono l'AIST una *Società Scientifica Interdisciplinare* in costante fermento, oggi punto di riferimento, aperto a tutti coloro che vogliono affrontare in modo costruttivo i mille problemi legati alla tosse e alle sue complicanze.
In questo contesto, ripensando al titolo del libro dell'amico Schiavulli, "*Meno tosse per tutti*" è nata l'idea di un premio AIST.
L'iniziativa condotta in collaborazione con Micro-Vett e MIDIA Edizioni, vuole contribuire alla presa di coscienza di come l'ambiente sia divenuto un importante fattore di rischio favorente l'incremento di patologie e sintomi a carico del tratto respiratorio integrato e stimolare l'interesse dei Ricercatori su argomenti sui quali c'è molto da scoprire.

World Asthma Day 2006

Ferrara sabato 6/5/2006

La Giornata Mondiale dell'Asma è un evento annuale organizzato dal Global Initiative for Asthma (GINA) patrocinato dall'OMS dal 1998 per informare operatori sanitari e cittadini sulle nuove conoscenza sull'asma. L'evento ha come obiettivo di aggiornare medici specialisti e di medicina generale, altre figure professionali e pazienti sulle attuali conoscenze relative all'asma bronchiale e al riconoscimento, la prevenzione ed il trattamento dell'asma per permettere al paziente di condurre una vita senza limitazioni legate alla malattia. Il tema della Giornata Mondiale è anche per quest'anno: "The Unmet Needs of Asthma." ovvero "I bisogni non ancora soddisfatti dell'asma" per richiamare l'attenzione di operatori sanitari e pazienti sulla necessità di migliorare ulteriormente il trattamento ed il controllo dell'asma con lo scopo di iniziare a ridurre l'impatto sanitario dell'asma nel mondo, prevenire crisi gravi e permettere ai 3-4 milioni di asmatici in Italia e alle centinaia di asmatici nel modo di vivere una vita normale e attiva. In Italia la Commissione GINA-Italia per le Linee Guida per l'asma bronchiale rappresentata dal Prof. Paggiaro di Pisa ha organizzato una serie di eventi fra cui il tradizionale appuntamento scientifico-divulgativo a Ferrara organizzato in collaborazione con Federasma, l'Università di Ferrara e Prosport.

Programma

SABATO 6 MAGGIO 2006
presso l'Aula Magna - Polo Biologico
Via Luigi Borsari 46, 44100 Ferrara

Ore 9.30 - 14.00: Convegno Scientifico "L'asma bronchiale nella vita reale"

Ore 14.00 - 18.00: Corso di aggiornamento teorico-pratico su "La spirometria di base"

Segreteria scientifica:

Prof. A. Cogo, e-mail annalisa.cogo@unife.it
tel. +39 0532 210420 - fax +39 0532 210297

Prof. L. Corbetta, e-mail lorenzo.corbetta@unifi.it
tel. +39 339 4834619 - fax +39 055 4271464

Ore 18.30 - 20.00: Piazza Ariostea Ferrara manifestazione sportiva "Memorial Maurizio Vignola" "Campionato italiano medici e operatori sanitari" e "Correre per l'asma: corsa amatoriale per pazienti asmatici"

- Gara di km 1 riservata ai/alle ragazzi/e fino ai 10 anni (fa fede l'anno di nascita)
- Gara di Km 3 riservata ai/alle ragazzi/e dagli 11 ai 16 anni (fa fede l'anno di nascita) e agli asmatici
- Gara di Km 10 come da regolamento della manifestazione







Il Workshop sarà organizzato in modo da valutare l’mpatto delle conoscenze scientifiche con la realtà quotidiana, per cui verranno messi a confronto gli esperti del settore con altri operatori sanitari e soprattutto con i pazienti, con il coordinamento di esperti della comunicazione.
La manifestazione sportiva è stata dedicata al compianto collega Maurizio Vignola che ha dedicato buona parte della sua vita professionale alla ricerca per migliorare le conoscenze sull’asma bronchiale e ha organizzato precedenti iniziative per la sensibilizzazione verso questa malattia.
La scelta di legare la Giornata Mondiale ad un’iniziativa sportiva non è casuale in quanto uno degli obiettivi spesso non raggiunti nel paziente asmatico è proprio quello di garantire lo sport a tutti i pazienti con questa malattia. Si vuole dimostrare che si può convivere senza problemi con l’asma, che curando la malattia in modo adeguato, si può condurre una vita normale e non è necessario rinunciare a nessun tipo di attività fisica”.
Durante la manifestazione saranno infatti disponibili informazioni sulla cura dell’asma presso le postazioni nel campo di gara al Centro della splendida città di Ferrara dove sarà possibile eseguire gratuitamente la misurazione del respiro (spirometria) e della saturazione di ossigeno per atleti, pazienti, familiari e chiunque lo desideri.
Inoltre si inviteranno i pazienti asmatici attraverso le loro associazioni a partecipare alla corsa sotto stretto monitoraggio dei Medici del Centro Studi Biomedici applicati allo Sport di Ferrara.
Ulteriori informazioni sul sito www.ginasma.it

Il vecchietto dove lo metto?

Gennaro D'Amato

Consiglierei la lettura del bel libro di Lorenzo Licalzi "Che cosa ti aspetti da me?" Rizzoli 2005.
In esso si parla di un Professore di Fisica che aveva lavorato molti anni a Cambridge arrivando ad un passo da una scoperta importante, che avrebbe potuto portarlo al Nobel, ma senza poter però concretizzare il suo sogno. Per motivi familiari, determinati dal decesso della moglie e del piccolo figlio, il professore decide di rientrare a Roma e, per le conseguenze di un ictus cerebrale, è costretto ad accettare ospitalità in una casa di cura. Tra le varie considerazioni del professore si possono citare le seguenti:
"Il nostro destino è quello di essere inferiori all'idea che avevamo di noi stessi"
"Ma la vita è così, ti porta in alto, ti fa credere di avere intuito l'assoluto, ti illude di aver compreso il senso delle cose, e poi ti risputa come un nocciolo di prugna"
Particolarmente acute e altamente realistiche mi sembrano poi le considerazioni a proposito dei vecchi signori che vengono richiusi nelle case di riposo e dei loro figli, che riporto testualmente:
"I figli si dividono in tre categorie: quelli che non gliene importa niente, quelli con i sensi di colpa, quelli a metà tra il menefreghismo e i sensi di colpa.
Quelli che non gliene importa niente non vengono mai, telefonano, ogni tanto.
Quelli con i sensi di colpa vengono sempre, dicono a tutti in continuazione che se fosse per loro non avrebbero mai "chiuso" la mamma in una casa di riposo "ma cosa vuole... i figli... il lavoro... mio marito è molto malato... come si fa. E poi sono l'unica ad interessarmene. I miei fratelli nemmeno si fanno vedere. È già molto se pagano la loro parte di retta".
Patetici anche loro.
Quelli a metà tra il menefreghismo e i sensi di colpa vengono solitamente una volta alla settimana, quasi sempre la domenica o il sabato. Talvolta portano i nipotini a salutare la nonna. Dovreste vederli, i nipotini: "vai a dare un bacino alla nonna" e questi si avvicinano cauti verso l'estranea, schifati di dover baciare quella vecchia bavosa.
E la vecchia bavosa li abbraccia con insospettabile vigore, infischiandosene della minestra sbrodolata che ha sul colletto.
I nipotini, allora, compressi in quell'abbraccio avvolgente, guardano terrorizzati la mamma, che alza gli occhi impotente. Ipocriti, tutti: la mamma, i nipotini e naturalmente la vecchia bavosa.
Ma il momento più esilarante e che accomuna tutte le categorie dei figli è il primo giorno. L'ingresso. È quel giorno che l'ipocrisia tocca vertici assoluti.
I figli tutti intenti a dipingere la casa di riposo come un posto meraviglioso.
"Guarda che bello, c'è il salone, c'è la televisione, la palestra, il giardino, tanto verde, vedi, ti piace? È come essere in albergo, ci verrei io guarda... servito e riverito, beato te!" Beato te, sì, beato te.
Il vecchio quasi sempre nicchia, è spaesato, ma quel che più conta non dice che gli piace, almeno questo, non dà ai figli questa soddisfazione. Tutt'al più annuisce vagamente; qualcuno, eroico, esibisce una faccia perplessa, soprattutto quando i figli dicono che ci verrebbero loro. E allora insistono, puntano tutto sulla compagnia.
A fatica individuano i meno peggio e glieli indicano...

Poi fatalmente gli mostrano la camera, e ogni volta si sperticano in lodi sull'arredo, gli spazi abitativi, il bagno (quando c'è, altrimenti dicono che non c'è, ma è proprio qui fuori, comodissimo). Se poi, come spesso accade, non è una singola, si sperticano in lodi sui compagni di stanza, gli innumerevoli vantaggi del non essere soli.
"Sai, se ti senti male...è sempre meglio che ci sia qualcuno..." e magari indicano l'improbabile compagno di stanza che sorride e annuisce me che, loro non sanno, ha l'Alzheimer e sorride e annuisce senza neppure sapere perché.
Quasi tutti enfatizzano l'importanza del campanello come se fosse l'invenzione del secolo "guarda un po' qui, c'è anche il campanello!, in casa te la sognavi una comodità come questa!, se hai bisogno di qualcosa, anche di notte, tu tiri questa cordicella... vedi?, questa, e arriva subito l'infermiera".
Peccato che spesso, quando dicono così, una vecchia di passaggio – che questa volta non ha l'Alzheimer – sbirciando dentro la stanza, dice: "come no!, può tirare la cordicella quanto vuole, che tanto non viene nessuno. Anzi c'è qualche infermiere che di notte li stacca, i campanelli. Suoni, suoni, vedrà come arrivano, fa in tempo a schiattare...".
"Ma su, esagerata non dica così che non è vero" rispondono i figli sorridendo con la voglia di strangolare la vecchia che non si fa i... (cavoli nda) suoi".

Il dolore e la morte
Leopardi e le mummie di Ruysch

Giuseppe Lauriello

Le *Operette morali* del Leopardi, nate come trattazioni filosofiche e delineate con sottile vena polemica e impalpabile ironia, sembrano voler mettere in discussione convinzioni e comportamenti correnti attraverso il rilievo delle continue contraddizioni, illusioni ed inganni del mondo sensibile. Nella rappresentazione dei miti e delle fantasie, in cui l'A. sembra crogiolarsi, si rincorrono molto spesso stati d'animo e slanci intimistici del poeta, analizzati con garbo e sentimento, effusione e rimpianto, da conferire alla prosa momenti di sofferta riflessione e di effettivo lirismo.

Il dialogo tra Federico Ruysch e le sue mummie svolge il tema della morte, un tema ricorrente nella produzione letteraria del Leopardi. In esso è posto il problema se la morte al momento del trapasso sia o meno dolorosa, ma l'originalità del contenuto non consiste tanto nella sostanza della questione quanto nel fatto che la domanda è rivolta a chi ne dovrebbe avere avuto esperienza per averlo verificato: al defunto, perchè solo lui ha oltrepassato il confine del mistero. Quindi la novità, l'inedito e, diciamo pure, la stravaganza è nell'eccentricità dell'interlocutore, non nell'impostazione della discussione sulla morte, impiantata ab antiquo dall'uomo sulla constatazione della sua ineluttabilità e cioè da quando nella penombra della caverna vide il suo compagno soccombere sopraffatto dalla malattia.

Già la filosofia antica si era posto il problema, ovviamente dalla parte dei vivi, se la morte fosse accompagnata dalla sofferenza del distacco ed Epicuro aveva risposto che nessun timore si deve avere, perchè fin quando viviamo la morte non esiste e nel momento in cui essa è presente noi non siamo più. Il terrore della morte è legato all'insaziabile desiderio di vivere "non perchè quando c'è sia dolorosa, ma perchè addolora l'attenderla" ed ancora "nulla è per noi la morte, perchè ciò che è dissolto è insensibile e ciò che è insensibile non è niente per noi". E Ruysch chiede alle sue mummie quale sia la verità e queste confermano la convinzione dell'antico filosofo. La morte è un evento naturale come naturale è il sonno, nè può accompagnarsi a dolore, perchè il sopraggiungere dell'exitus comporta la cessazione delle sensazioni, anzi addirittura in alcuni casi può piacere, dato che con l'affievolirsi dei sensi subentra uno stato di languido torpore che è molto prossimo al piacere (e la morte per progressivo congelamento infatti può presentare tale paradosso).

Ma perché Leopardi su questo tema "disperato e insolubile" pone in scena Ruysch, un uomo di scienza, un uomo abituato a verificare i fatti e i fenomeni di cui ha conoscenza e che usa la sperimentazione per poter formulare la teoria atta ad accreditarli, un uomo avvezzo all'osservazione, interpretazione e coordinazione degli eventi attraverso regole definite e l'uso della ragione? Evidentemente il poeta, pur avendo attivato a prima vista una discussione filosofica sulle cause prime e sulle ragioni ultime della morte attraverso l'esposizione del coro all'inizio del dialogo, cerca in definitiva una conclusione scientifica all'impervio quesito, un'interpretazione non su base intuitiva o naturalistica, ma che resista a una logica stringente, ad una critica serrata. E la chiede a Ruysch, l'anatomico seicentesco certamente abbeverato al metodo galileiano. Ma Leopardi è uomo di lettere, è un poeta e il dilemma si snoda in argomentazioni filosofiche che portano a illazioni ragionevoli, ma non scientifiche, nè potrebbe essere diversamente. Ed infatti il richiamo agli epicurei è quanto mai appropriato e calzante, essendo questa

Scuola la prima nell'antichità a porsi responsabilmente il problema del dolore al momento della morte e ad averlo risolto con un ragionamento non privo di perspicacia e di ispirazione.
Ma chi è Federico Ruysch?
Nato all'Aia nel 1638, lo ritroviamo farmacista nel 1661 e successivamente medico nel 1664 a Leida, centro universitario assurto a fama europea per gli studi anatomici, ai quali il Nostro si applica con entusiasmo sotto la guida dell'allora celebre maestro Johannes van Horne. Le sue scoperte in tale campo, consegnate in una serie di *Observationes*, oggi monumenti della storia della medicina, e la sua abilità tecnica lo rendono ricercato, tanto da essere nominato dalle autorità di Amsterdam lettore di anatomia della corporazione municipale dei chirurgi nel 1666. Nello stesso anno si trasferisce definitivamente ad Amsterdam, dove tra l'altro tiene lezioni di anatomia anche alle levatrici della città e corsi privati agli studenti desiderosi di approfondimento.
La sua abilità settoria lo rende medico legale di grido per le autopsie audaci e accurate condotte su criminali ad uso dei tribunali della città. Ma la sua notorietà gli deriva soprattutto dagli studi sulla conservazione dei cadaveri, preservati dalla corruzione con una serie di accorgimenti, tra cui l'iniezione di liquidi nei vasi sanguigni fino alle ultime diramazioni. Si vuole che abbia perfezionato la tecnica di Jan Swammerdam (1637-1680), suo coetaneo, conterraneo e altrettanto consumato operatore di dissezioni autoptiche.
Questo anatomista riesce a compiere nella sua sala settoria interventi e procedimenti impressionanti e straordinari: preleva e prepara campioni di organi con rara maestria, li insuffla, li essicca, iniettandovi cere colorate, che, raffreddandosi, si induriscono mantenendone la forma; particolare perizia dimostra con liquidi alcoolici nella conservazione dei feti. A differenza delle mummie egiziane che hanno l'aspetto della morte, i suoi preparati sembrano vivi, conservando i corpi il colorito, la morbidezza e l'atteggiamento dinamico: cadaveri e scheletri dall'aspetto di persone vigorose con espressioni tormentate, fazzoletti e drappeggi fatti di intestini, di omenti e di mesenteri, rami e sterpi realizzati con arborizzazioni vascolari solidificate, questi sono i frutti delle sue procedure. L'artista, perchè così dovremmo definirlo, con i suoi capolavori, riesce addirittura a creare un museo, un museo di composizioni macabre e complesse: uno scheletro di feto che suona il violino fatto con un osso malformato e un archetto di vasi sanguigni essiccati, un altro feto che si asciuga le lacrime con un fazzoletto di mesentere, due topi che si accoppiano in equilibrio su un uovo ed... altri orrori, ma che piacciono al gusto dell'epoca, incredibilmente incline al bizzarro e all'insolito,sconcertantemente proclive al lugubre e al raccapricciante, ostinatamente "barocco". Tanto barocco e tanto divertente, che l'intera collezione è acquistata nel 1717 da Pietro il Grande di Russia e portata a San Pietroburgo. Di essa è possibile ammirare ancora oggi alcuni esemplari all'Accademia delle Scienze della città.
Questa propensione dell'anatomista seicentesco rientra nel clima di favore proprio del secolo, fa parte di quell'inclinazione ricorrente dello spirito umano e della sua creatività, che a un certo punto del ciclo evolutivo della civiltà e della cultura ha bisogno di insorgere al momento classico per imprimervi quel fermento, quella tensione, quel "furore" che dà impulso alla vita.
Mentre l'interesse dell'anatomista rinascimentale è rivolto alla "forma", nel senso che vede l'organo nella sua struttura statica, il medico seicentesco bada alla "funzione", cioè al dinamismo vitale, dovendo rispondere ai quesiti che gli propone la fisiologia, disciplina di recente affermazione. Da questa nuova visione nascono una serie di metodiche audaci di ricerca, che sulla scorta di ipotesi rivoluzionarie cercano di spiegare i meccanismi funzionali: sezioni e asportazioni di organi, iniezioni e allacciature di vasi sanguigni, recisioni di nervi, tutti esperimenti con distruzione. Sono spunti barocchi che favoriscono collateramente il moltiplicarsi degli studi teratologici e confermano ancora una volta la tendenza della simpatia seicentesca per il macabro e l'orripilante.
Le anomalie del corpo umano, le mostruosità, le deformazioni soddisfano questo bisogno di "horror" del seicentista, esaltandone la rivolta verso il "Bello", così caro alla cultura dei predecessori. E sempre in virtù di questo

clima egli è proclive ad accettare ipotesi fantastiche e demoniache sull'origine degli esseri mostruosi.
Ed ecco Ruysch con le sue mummie: personaggi in varie posizioni, corpi fissati in estrosi movimenti, espressioni ora grottesche, ora cariche di vivacità, ora di strazio, torsione delle pose, curiosa esposizione di organi interni, ventri capricciosamente lacerati. Su questi tanti atteggiamenti di languore, di posizioni vagamente sadico-contemplative aleggia impressionante una profonda rappresentazione della morte e dei suoi misteri, un silenzio sacrale sull'orlo dell'inconoscibile, che ispira Leopardi.
Dolore e sofferenza non sono la stessa cosa, anche se intimamente legati alla storia della nostra vita e grandi interrogativi nel momento della morte. Il dolore può essere dominato con gli analgesici, la sofferenza no, è incurabile. Esistono medicine che possono alleviarla, ma non guarirla, anzi a volte si rischia di aggravarla, perchè possono crearsi condizioni tali da negarla.
Il dolore va sedato, perchè degrada l'uomo, quindi la terapia del dolore si rende necessaria, quando questo sussiste, perchè mantiene lo stato di coscienza del morente.
Al dolore e al patimento s'accompagna l'angoscia, cioè la paura del dolore, della sofferenza, della morte; è un'angoscia metafisica, perché la morte è l'esperienza universale meno condivisa al mondo.
È duro vivere con qualcuno che muore in piena coscienza di sensi, tuttavia vivere l'ora di quella che può essere la coscienza della propria morte con chi è in procinto di morire appare come atteggiamento veramente rispettoso nei riguardi dell'umanità dell'uomo che muore. Significa dare fino all'ultimo a chi si spegne la possibilità di comunicare e testimoniargli una presenza solidale.
Certo, non si può attraversare insieme la frontiera, perchè uno resta e l'altro deve andare, ma si può tentare di accompagnare chi ci lascia sulla soglia della porta e dirgli addio.
Forse sono queste le riflessioni che agitano il Leopardi, mentre scrive: sull'estremo limite della vita lo scienziato e il filosofo che cercano una verità che non potrà mai avere conferme.

Orientamenti per un nuovo patto

Camillo Barbisan

Quest'articolo nasce in treno. Mi sto recando a Roma all'Istituto Superiore di Sanità e con un po' di autoironia mi domando che cosa possano volere da un filosofo – un bioeticista per la precisione – in un contesto così altamente scientifico e organizzativo. Per la verità l'intento è già stato preliminarmente dichiarato in termini generali e tuttavia già ben orientati: "rileviamo una serie di questioni proprie di un ambito specifico della medicina che fino ad oggi sono state considerate solo per gli aspetti scientifici, procedurali o, tutt'al più, medico-legali. Eppure vi è una problematicità che permane nonostante la cura posta a tutti i profili decisionali. Insomma si percepisce l'esigenza di istruire in modo sistematico la dimensione etica intrinseca alle scelte".
La questione non è isolata perché pochi giorni or sono, nel contesto di una discussione all'interno di un comitato di etica per la pratica clinica, un medico legale sosteneva la tesi estrema della riconduzione agli aspetti normativi di ogni processo decisionale in ambito clinico. Ovvero la prima preoccupazione di un medico deve essere quella di rispettare la norma e di fornirne adeguata documentazione. Non è difficile immaginare la reazione dei clinici presenti nel manifestare la sensazione di essere quasi braccati dalle esigenze della legge, dalle richieste dei pazienti e dai vincoli posti dagli amministratori. Conclusione sconsolata: "Ma cosa possiamo ancora scegliere? Quale libertà decisionale ci è ancora concessa?".
Infine la memoria recupera il lucidissimo ricordo relativo all'analisi di una caso clinico in ambito pediatrico: la morte di un bambino affetto da cancro. L'evento assommava all'intrinseca drammaticità un'ulteriore dimensione angosciante a causa del condizionamento imposto dai genitori ai medici in forza della loro opzione a favore di una prospettiva terapeutica "alternativa" soprattutto per il trattamento del dolore.
In sede di verifica dell'evento i pediatri evidenziavano l'esigenza di considerare i profili decisionali alla luce di "altri" parametri. Un'invocazione quasi disperata perché priva di una precisa direzione; di un evidente orientamento.
I tre ancoramenti alla realtà evocati da queste righe mettono in evidenza sensazioni di insoddisfazione, di disagio, di fatica percepite in modo sempre più intenso da chi "fa" il medico e non smette di interrogarsi sul come "essere" medico.
Non molto tempo fa, in modo assai appropriato, il BMJ così intitolava un suo editoriale: " Perché i medici sono infelici?" (BMJ 05/05/01). L'interrogativo rappresenta una sorta di enorme contenitore all'interno del quale ciascuno può riversare le proprie considerazioni non disgiunte dalle inevitabili frustrazioni. Eppure proprio da questo enorme giacimento si sprigiona l'istanza che muove nella direzione della adeguata risposta formulata in due tempi. Anzitutto il riconoscimento della rottura dell'assetto complessivo che aveva retto le sorti della medicina per molti secoli. Il quadro dei valori di riferimento e delle condotte conseguenti si è venuto sgretolando con una progressione esponenziale ed inarrestabile. Qualche volta, in modo approssimativo, si descrive questo fenomeno come "tramonto del modello paternalistico". In verità è accaduta una cosa assai semplice: la medicina è stata tolta dalla sua tendenziale autonomia rispetto alla dimensione della cultura e della società per

ritrovarsi invece inserita nella trama, spesso complessa, dell'evoluzione dei valori, delle norme, del costume.
Da questa constatazione – qui semplicemente e sommariamente evocata – emerge una ulteriore – e forse più utile – considerazione richiamata dall'editoriale cui si è fatto riferimento. Se si è preso atto del tramonto di un modello, consegue l'esigenza di riformularne uno nuovo. È come cercare di riconoscere la nuova terra sulla quale posare i piedi per camminare ed il nuovo cielo da scrutare per orientare il percorso.
Questi sono i punti fermi identificati:

1. Malattia, dolore e morte sono elementi ineliminabili del vivere. La condizione umana non può, purtroppo, oltrepassare questo limite che è ad un tempo vincolo da accettare.
2. I poteri della medicina, per quanto estesi ed intensi, rimangono comunque limitati. È vero che la "medicina fa miracoli" ma vi sono delle "colonne d'Ercole" invalicabili!
3. I medici non sono né onniscienti, né onnipotenti e le loro decisioni possono essere non solo corrette ma soprattutto autentiche se costruite con il contributo di chi ne intende beneficiare.
4. I pazienti non possono più delegare in toto la gestione della malattia ai "tecnici del corpo". I pazienti, anche nella condizione della malattia, rimangono pur sempre uomini autonomi e liberi ed i medici non sono semplici esecutori, bensì professionisti responsabili. La libertà dei primi e la responsabilità dei secondi debbono trovare espressione pratica adeguata nelle forme che via via si inventeranno.
5. Per quanta disponibilità vi sia, le risorse sono sempre all'insegna della limitatezza e quindi, anche nell'ambito della sanità, le scelte rappresentano una condizione necessaria e non un evento straordinario. Il punto decisivo è costituito dai criteri soggiacenti le decisioni: tecnici o etici? Interrogativo retorico in quanto è fin troppo evidente come il primo elemento non possa che essere subordinato al secondo!

Già percepisco la reazione del lettore: "Belle parole, ma solo parole! I fatti, invece...". Immediatamente replico: "Per vivere dobbiamo stabilire buone relazioni.
Ma queste hanno necessità di esprimersi anche attraverso la parola, anzi le parole giuste. Forse queste potrebbero essere quelle che manifestano un nuovo linguaggio, magari appena balbettato!".
I medici si sottopongono a quest'ulteriore fatica non per calcolo o interesse ma per onorare l'obiettivo che ha l'unico scopo di trattenerli ad una quota assai elevata così lucidamente rappresentata da Voltaire nel Dizionario Filosofico:
"Coloro che si dedicano a risanare gli altri, usando insieme dell'abilità e della umanità, sono, in assoluto, i grandi della terra.
Essi hanno addirittura qualcosa della divinità, poiché salvare e restituire alla vita è quasi altrettanto nobile quanto creare".

Rileggo queste righe durante il viaggio di ritorno e ritengo di non dover cambiare neppure una virgola: il mio interlocutore "romano" ha più volte ribadito un pensiero: "Per una serie di nuovi problemi abbiamo bisogno di un 'BIOETICO'...". In questo modo è stato aperto un cantiere per riprendere l'opera di intreccio tra compensa e sapienza.



MedicAir®

Ossigeno & Servizi Terapeutici
a Domicilio

per voi, con voi, da voi



Edizione Italiana

Pulmonary Perspectives

Dicembre 2005 • volume 22, No. 4

Apnea del sonno e salute pubblica

L'apnea del sonno (o apnea notturna) rappresenta un importante problema di salute pubblica e l'attuale approccio diagnostico e terapeutico dei problemi respiratori sonno-correlati sta maggiormente mettendo in luce il problema, piuttosto che ridurlo.
L'apnea del sonno rappresenta un problema di salute pubblicain quanto è frequente, mortale e può determinare danni alla popolazione generale e non solo ai pazienti che ne sono affetti. Molti pazienti che soffrono di apnea notturna possono essere identificati in base all'esame clinico o perfino con l'utilizzo di appositi questionari. Inoltre, per tale patologia è disponibile un trattamento sicuro, efficace ed anche non costoso.
Ancora, fino a un terzo dei pazienti necessitano di uno o più viaggi in ambulatori specializzati per le malattie del sonno prima di ottenere la copertura delle spese necessarie per il trattamento, e alcune compagnie assicurative trattengono i rimborsi delle spese per il trattamento di tale patologia nei pazienti "non collaboranti". Più recentemente, alcuni stati hanno approvato una legislazione che elimina i pagamenti per il trattamento dell'apnea notturna nei pazienti assistiti da programma Medicaid. Ancora, per il costo di un singolo studio diagnostico per l'apnea notturna, è possibile trattare in maniera efficace da tre a sette pazienti
Io spingo tutti coloro coinvolti nel trattamento dei pazienti con apnea notturna a lavorare per la ricerca di approcci a questa patologia sempre più rapidi e con un migliore rapporto costo-efficacia.

L'apnea notturna è comune

La prevalenza attuale dell'apnea ostruttiva del sonno nel Nord America é probabilmente intorno al 5% della popolazione (Young e coll. *Am J Respir Crit Care Med* 2002; 165: 1217). Tale cifra rende tale patologia comune quasi quanto l'asma bronchiale. È probabile che l'apnea del sonno continuerà ad essere sempre più comune nel futuro prossimo prevedibile, poiché due dei suoi maggiori fattori di rischio, obesità ed età avanzata, presentano entrambi una prevalenza in aumento. La maggior parte degli studi sulla prevalenza dell'apnea del sonno sono basati sull'utilizzo della polisonnografia (PSG) e hanno utilizzato dei valori arbitrari di soglia dell'indice di apnea/ipopnea (AHI). Tuttavia, si potrebbe obiettare che ci sono molti pazienti che non soddisfano gli attuali criteri diagnostici basati sulla PSG per il trattamento con ventilazione continua a pressione positiva (CPAP) che potrebbero trarre benefici da questo trattamento. Tra costoro, vi sono persone con sindrome da resistenza delle alte vie aeree (Guilleminault e coll. Chest 1993; 104: 781) e fibromialgia (Gold e coll. *Sleep* 2004; 27: 459). Infatti, il sondaggio condotto nel 2005 *Sleep in America Poll*, sponsorizzato dalla National Sleep Foundation, ha riscontrato una prevalenza del 26% in un campione rappresentativo di americani che presentavano un punteggio positivo nel questionario di Berlino per i disturbi respiratori sintomatici del sonno (Netzer e coll. *Ann Intern Med* 1999; 131: 485; Hiestand. Presentato a Chest 2005; il 31 ottobre 2005; Montreal, QC, Canada). Chiaramente, inviare un adulto su quattro della popolazione degli Stati Uniti in un centro dei disturbi del sonno non rappresenta una via pratica (né praticabile). Tuttavia, lasciare non diagnosticata una sospetta apnea del sonno e, quindi, non trattarla rappresenta una opzione non conveniente, poiché l'apnea del sonno è una patologia potenzialmente mortale.

IN QUESTO NUMERO

A publication of the American College of Chest Physicians3300 Dundee Road • Northbrook, IL 60062 • phone (847) 498-1400 • fax (847) 498-5460
Available online: www.chestnet.org/about/publications/index.php

L'apnea del sonno è mortale

Le più conosciute conseguenze dell'apnea del sonno sono le conseguenze cardiovascolari e gli incidenti automobilistici, sebbene esistano molte altre gravi sequele di questa patologia. Attualmente l'apnea del sonno è annoverata come la prima tra le cause trattabile di ipertensione dal Joint National Council of High Blood Pressare (Chobanian e coll. *JAMA* 2003; 289: 2560). Questa osservazione è basata su numerosi, ben fatti, studi che dimostrano un aumentato rischio di ipertensione perfino in quei pazienti con disturbi respiratori del sonno di grado lieve così come un miglioramento dei valori pressori dopo CPAP in assenza di ogni altro trattamento (Pepperell e coll. *Lancet* 2002; 359: 204; Becker e coll. *Circulation* 2003; 107: 68). Numerose altre evidenze suggeriscono una stretta correlazione tra apnea del sonno ed eventi ischemici, aritmie, ipertensione arteriosa polmonare, accidenti cerebrovascolari e scompenso cardiaco congestizio. Tutte le complicanze cardiovascolari dei disturbi respiratori sonno-correlati vanno incontro a miglioramento dopo terapia con CPAP (Philips. *Sleep Med Rev* 2005; 9: 131).

Le malattie cardiovascolari rimangono la più importante causa di morte in questo paese, e vi è una continua disperata ricerca di strumenti efficaci per la loro prevenzione. I cardiologi stanno iniziando a considerare i disturbi respiratori sonno-correlati come una causa importante di morbilità e mortalità cardiaca. I cardiologi vivono in una cultura "dell'urgenza" e stanno rapidamente esplorando nuove vie per utilizzare strumenti a loro familiari (ritmo cardiaco e/o pulso-ossimetriae monitor) per fornire ai pazienti il giusto trattamento quanto più rapidamente possibile e in maniera relativamente economica.

Gli anestesisti, da parte loro, riconoscono che l'apnea del sonno non trattata é un fattore critico in grado di aumentare il rischio dell'anestesia generale o di sedazione e stanno muovendosi allo scopo di sviluppare delle linee guida per raggiungere una diagnosi e quindi un trattamento che possano ovviare al ritardo e alle spese del laboratorio del sonno.

Ancora più grave delle conseguenze cardiovascolari dell'apnea del sonno, tuttavia, è l'aumentato rischio di incidenti automobilistici associato con dispnea del sonno non trattata, poiché tali eventi possono danneggiare molte più persone che semplicemente colui che, alla guida del veicolo, risulta affetto da tale patologia. È noto da molti anni che persone affette da apnea del sonno non trattata presentano un rischio aumentato per incidenti automobilistici e che un efficace trattamento con CPAP può ridurre tale rischio (Turkington e coll. *Thorax* 2004; 59: 56; George. *Thorax* 2001; 56: 508). La conseguenza pratica di tale informazione è che è diventato obbligatorio lo screening di routine ed il trattamento dell'apnea del sonno per tutti gli autisti commerciali.

Oltre alle conseguenze cardiovascolari ed agli incidenti automobilistici associati con l'apnea del sonno, una moltitudine di altri problemi sono stati correlati all'apnea del sonno con diversi gradi di evidenza. Tra tali problemi ricordiamo disfunzioni cognitive, depressione, fibromialgia, intolleranza al glucosio e sindrome metabolica, impotenza, aumentate spese sanitarie. Tutte queste condizioni migliorano, o risultano essere reversibili, dopo trattamento con CPAP. Pertanto, si può affermare che l'apnea del sonno ha numerose e gravi conseguenze.

L'apnea del sonno può essere spesso diagnosticata con monitor portatili, ossimetri e algoritmi di screening

L'attuale "gold standard" per la diagnosi di apnea del sonno è la polisonnografia (PSG) ambulatoriale. Molti medici specialisti in malattie del sonno e numerose istituzioni che li rappresentano continuano a insistere che la PSG e la conseguente possibilità di ottenere un AHI sono necessari per la diagnosi ed il trattamento dell'apnea del sonno. Tuttavia, per certi aspetti, risulta sempre più evidente che la PSG è uno strumento di diagnosi molto impreciso. Prendiamo, per esempio, due individui che presentano lo stesso importante dato di un AHI uguale a 10 (Tabella 1). Questi pazienti pertanto sembreranno identici alla valutazione di un agente assicurativo o di un medico superficiale. Ma, forse, uno degli eventi respiratori di questi individui dura dai 12 ai 15 secondi, non disturba il sonno, non determina una caduta della saturazione dell'ossigeno sotto il 90%, non è associato ad aritmie cardiache. Assumiamo che l'altro individuo con un AHI di 10 abbia periodi di apnea che durano più di un minuto, non raggiunga mai la fase "rapid eye movement" (REM, ossia di movimenti rapidi degli occhi) o la fase del sonno a onde lente a causa del suo disturbo del sonno, si desaturi regolarmente intorno ad un range del 75%, abbia un episodio di tachicardia ventricolare durante uno dei suoi episodi ipossiemici. Questi due individui sono pertanto molto differenti l'uno dall'altro. Paradossalmente, nessuno dei due sarebbe qualificato per ottenere dal sistema Medicair un rimborso per il trattamento con CPAP a causa dell'assenza di altre documentate comorbilità e, forse, effettivamente, il primo paziente non la richiede. Il secondo paziente, tuttavia, chiaramente è affetto da un'apnea del sonno che mette a rischio la sua vita ed, in questo caso, il basarsi semplicemente sull'AHI ha ridotto la nostra capacità di fornire a tale individuo una corretta diagnosi e un corretto trattamento.

Questa sopravalutazione della capacità diagnostica dell'AHI non solo ha per anni condizionato negativamente l'approccio terapeutico al paziente, ma ha anche limitato la nostra capacità di effettuare studi critici e rigorosi necessari per meglio definire e comprendere la storia naturale e per cercare il migliore approccio terapeutico dei disturbi respiratori del sonno. Stradling e Davies avevano ragione quando scrivevano: "Molti aspetti riguardo la corretta definizione della sindrome delle apnee/ipopnee ostruttive del sonno rimangono ancora oggi non risolti in maniera soddisfacente. Come conseguenza di ciò, non è possibile disporre di dati affidabili sulla reale prevalenza della sindrome dell'apnea/ipopnea ostruttiva del sonno. Appare evidente la necessità di utilizzare nuovi approcci per identificare coloro che presentano una patologia responsiva alla CPAP e per poter eseguire delle stime più accurate sulla reale prevalenza

***Tabella 1** - Perché l'AHI è un indice diagnostico poco sensibile*

Quale di questi due pazienti è più grave?

	Paziente 1	Paziente 2
AHI, numero di eventi/ora	10	10
Durata delle apnee	10-22	10-90
Livello più basso di SaO_2, %	90	71
% di sonno REM	18	0
Numero di risvegli/ora	8	80
Aritmie cardiache	Nessuna	Tachicardia ventricolare durante la desaturazione

della sindrome dell'apnea del sonno nella popolazione generale (Stradling e Davies. *Thorax* 2004; 59: 73)

Tale situazione appare ancora più evidente in campo pediatrico, dove numerosi dati dimostrano che i bambini che russano presentano disfunzioni cognitive e problemi del comportamento. Standard diagnostici per l'apnea del sonno sono sconosciuti, e la maggior parte dei bambini che vengono trattati con tonsillectomia per apnea del sonno non hanno una PSG (Weatherly e coll. *Sleep Med* 2003; 4: 297) ed in ogni caso la PSG non è in grado di predirne la risposta al trattamento (Goldstein e coll. *Pediatrics* 2004; 114: 33).

Esistono strumenti portatili in grado di eseguire monitoraggi che assomigliano agli studi eseguiti negli ambulatori di PSG (che sebbene non ottimale, rappresenta il "gold standard) e ottengono dati confrontabili alla PSG. La maggior parte di ciò che noi conosciamo riguardo le complicanze cardiovascolari dell'apnea del sonno proviene dallo studio Sleep Heart Health Study (SHHS), il quale ha utilizzato esclusivamente un dispositivo portatile di PSG (Iber e coll. *Sleep* 2004; 27: 536). La maggior parte dell'eccellente lavoro condotto sull'epidemiologia e sulle conseguenze dei disturbi respiratori correlati al sonno proviene dall'uso di strumenti di monitoraggio portatili ed è ritenuto sufficientemente buono per essere pubblicato e ricavare conclusioni scientifiche ma inaccettabile per l'uso clinico. Tutto ciò non sembra essere razionale.

Ancora più semplice della PSG portatile è l'ossimetria. Per i pazienti che non presentano i classici sintomi e segni dell'apnea del sonno ma sono potenzialmente a rischio, lo studio dell'ossimetria può essere diagnostico (Pittman e coll. *Sleep* 2004; 27: 923; Whitelaw e coll. *Am J Respir Crit Care Med* 2005; 171: 188) L'indice di desaturazione dell'ossigeno è stato utilizzato in Inghilterra e nella maggior parte dell'Europa Occidentale per più di dieci anni, per predire esiti e per stabilire il trattamento, e ha funzionato abbastanza bene. Un piccolo segreto ben conosciuto dello studio SHHS, infatti, è che i punteggi delle polisonnografie richiedevano una desaturazione dell'ossiemoglobina del 4% per dare un punteggio agli eventi di apnea e di ipopnea, poiché tali punteggi non potevano raggiungere altrimenti una sufficiente affidabilità per valutare apnea e ipopnea. In altre parole, i dati ottenuti dallo studio SHHS sono principalmente basati sull'ossimetria, descritti poi in modo tale da sembrare come AHI.

Tale osservazione ci dice due cose: primo, se il personale dedicato e addestrato dell'ufficio centrale del National Institutes of Health-funded grant deputato a valutare i punteggi non ha potuto raggiungere una valutazione affidabile dei risultati della polisonnografia senza tener conto dei dati dell'ossimetria, appare altamente improbabile che ciò possa essere fatto da un ambulatorio dello studio del sonno di medio livello. In altre parole, i dati sugli AHI rilasciati da uno dei centri per lo studio del sonno sono difficilmente confrontabili e/o ripetibili con quelli ottenuti presso un altro centro, e pertanto il dato fornito dall'AHI diviene di relativa utilità clinica. Secondo, l'ossimetria rappresenta un valido strumento predittivo.

In passato, i clinici erano abituati a fare diagnosi di apnea del sonno sulla base dei dati clinici anche in assenza del monitoraggio del sonno, basandosi sulla gravità del russamento. Infatti, in alcuni pazienti la stessa diagnosi di apnea del sonno è perfino più semplice che l'uso dei sistemi di monitoraggio portatili o dell'ossimetria. Alcuni pazienti, non tutti, possono essere diagnosticati senza l'utilizzo di monitoraggio notturno. Per esempio, ci sono tipici pazienti di media età, obesi, di sesso maschile il cui russare disturba altri pazienti nella stanza. È stato dimostrato che numerosi algoritmi basati sulla semplice raccolta di dati anamnestici e clinici ben si correlano con la PSG (Maislin e coll. *Sleep* 1995; 18: 158; Rowley e coll. *Sleep* 2000; 23: 929; Kushida e coll. *Ann Intern Med* 1997; 127: 581; Tsai e coll. *Am J Respir Crit Care Med* 2003; 167: 1427).

È disponibile un trattamento sicuro, efficace e reversibile

La maggior parte di quanto sappiamo riguardo le conseguenza sfavorevoli dei disturbi respiratori sonno-correlati è stato conosciuto grazie all'osservazione degli effetti benefici dell'appropriato trattamento sulle conseguenze dell'apnea del sonno. Come risultato, esiste una forte evidenza in letteratura che la CPAP, in modelli di studio terapeutici, è in grado di indurre una regressione o di attenuare grandemente la maggior parte delle complicazioni dell'apnea del sonno, compresi l'ipertensione, i fatti ischemici, le aritmie, gli incidenti automobilistici, i disturbi dell'umore, le disfunzioni cognitive e perfino l'impotenza (Gold e coll. *Sleep* 2004; 27: 459; Pepperell e coll. *Lancet* 2002; 359: 204; Becker e coll. *Circulation* 2003; 107: 68; Philipps. *Sleep* Med Rev 2005; 9: 131; Turkington e coll. *Thorax* 2004; 59: 56). Inoltre, la CPAP migliora la sonnolenza nei pazienti che non hanno apnea del sonno diagnosticabile alla PSG ma soffrono della sindrome della resistenza delle alte vie aeree. La CPAP, poi, riduce i costi di assistenza sanitaria e migliora la qualità della vita. Infine, la CPAP ha dimostrato di fornire benefici anche nei pazienti con fibromialgia e reflusso gastroesofageo (Gold e coll. *Sleep* 2004 27: 459; Green e coll. *Arch Intern Med* 2003; 13: 163).

La CPAP si è dimostrata essere un trattamento molto sicuro. Effetti collaterali avversi comprendono secchezza nasale, rinorrea, epistassi, abrasioni e rash. Confrontiamo questi effetti collaterali con i rischi che comporta un'apnea del sonno non trattata che includono incidenti automobilistici, cerebropatie vascolari acute e impotenza! Come ha affermato Peter Farrel nel settembre 2005 "Il solo modo in cui un paziente può ricevere dei danni dall'uso di un ventilatore CPAP è se questo paziente viene colpito alla testa da una di queste macchine". Io sono fondamentalmente d'accordo con questa affermazione. La diagnosi ed il trattamento empirico dell'apnea e possibile solo se è attivo un sistema di automodulazione della CPAP (APAP). Una recente metanalisi (Ayas e coll. *Sleep* 2004; 27: 249) di nove studi randomizzati condotti su un numero complessivo di 282 pazienti ha concluso "In confronto con la CPAP tradizionale, la APAP è associata con una riduzione della pressione media. Tuttavia, la APAP e la CPAP tradizionale si sono dimostrate simili riguardo l'aderenza dei pazienti al trattamento, la loro capacità di eliminare eventi respiratori e di migliorare la sonnolenza soggettiva".

Al momento, la differenza nei costi tra CPAP e APAP è minima, ma la differenza tra il costo di un ventilatore APAP e uno studio in un laboratorio del sonno per titolare i valori di CPAP è enorme. Tuttavia, per coloro che rimangono scettici riguardo l'utilità della APAP è anche possibile affermare che la semplice impostazione dei valori di ventilazione tra 8 e 12 cm di H_2O rappresenta un approccio terapeutico efficace (Masa e coll. *Am J Respir Crit Care Med* 2004; 170: 1218; Hukins. *Am J Respir Crit Care Med* 2005; 171: 500).

Il fattore economico

L'attuale sistema fiscale mi sembra qualcosa ove tutto funziona al contrario. Consideriamo che sia il sistema "Centers for Medicare" sia "Medicaid Services" pagano in alcune regioni fino a 800 $ e più per una PSG e che una tipica "tariffa completa" in un laboratorio per lo studio del sonno è superiore a 2000 $. In confronto a ciò, il prezzo medio per un ventilatore medio CPAP, o perfino per un ventilatore APAP varia da 300 $ a 400 $. Recentemente, il sistema sanitario "Missouri Medicaid" ha abolito il pagamento della CPAP per i pazienti con apnea del sonno, mentre probabilmente continuerà a rimborsare i costi per la diagnosi di apnea del sonno (Ayas e coll. *Sleep* 2004; 27: 249). Pertanto, non sembra razionale pagare di più per diagnosticare una malattia piuttosto che per la sua terapia, specialmente quando si tratta di una patologia mortale e con una prevalenza elevata, ed è disponibile un trattamento sicuro in grado di controllare la patologia stessa e le sue complicanze. Perché accade ciò? Io penso che sia da attribuire al prezzo elevato associato alle prestazioni erogate nei laboratori per la diagnosi delle malattie del sonno.

Conclusioni

Il dato di rilievo è che circa il 5% della popolazione americana soffre di apnea del sonno che può rivelarsi mortale per tutti coloro che ne sono affetti. Per una significativa minoranza di tali pazienti la diagnosi di apnea del sonno può essere effettuata semplicemente sulla base della storia clinica e dell'esame fisico. Per alcuni dei pazienti rimanenti, possono essere utilizzati dispositivi portatili di monitoraggio e ossimetri. Mentre è estremamente importante enfatizzare che i test di screening possono essere utilizzati, quando positivi, per confermare la malattia, tali esami non possono essere utilizzati, quando negativi, per escludere la malattia; dall'altro lato è anche importante accelerare il trattamento di quei pazienti che si addormentano nelle nostre sale di attesa.

Ci saranno poi i pazienti che necessitano di essere visitati nei centri per le malattie del sonno, compresi quei pazienti con sospetta apnea del sonno i cui test di screening sono negativi, i pazienti che non rispondono alla terapia con CPAP, i pazienti con coesistenti malattie polmonari e i pazienti con malattie del sonno diverse dall'apnea ostruttiva del sonno. Ma il richiedere una PSG eseguita presso un centro per lo studio del sonno come requisito per il trattamento dell'apnea del sonno in ogni paziente rappresenta una contraddizione rispetto ad un principio fondamentale di salute pubblica: noi dobbiamo rimuovere, non imporre, le barriere tra i pazienti con malattie potenzialmente mortali e il trattamento efficace e sicuro di tali malattie. Una APAP empirica o una CPAP con valori pressori standardizzati, le quali attualmente hanno costi inferiori rispetto a una PSG eseguita in un laboratorio del sonno, sono entrambi trattamenti sicuri ed altamente efficaci.

Barbara Philipps, MD, MSPH, FCCP
Professor
Division of Pulmonary, Critical Care,
and Sleep Medicine
University of Kentucky College of Medicine
and School of Public Health
Lexington, KY

Questo approfondimento identifica chiaramente due delle maggiori problematiche correlate ai disturbi respiratori del sonno: la definizione della malattia e la sua razionale valutazione. Il problema di una corretta definizione sembrerebbe richiedere un ulteriore sforzo educativo per superare certi vecchi standard obsoleti. Il focalizzare il tema della diagnosi e del trattamento come un reale problema di salute pubblica è interessante. Ciò infatti ci costringe a considerare le conseguenze personali e sociali di una terapia inadeguata e individua la responsabilità per un cambiamento non solo nell'agire dei medici ma anche nell'operato di tutti coloro che sono coinvolti nel programmi di salute pubblica. Accettando i suggerimenti di questo editoriale, un numero molto maggiore di pazienti potrebbe ricevere i benefici dalla terapia di cui necessitano. Questo articolo è da considerarsi una vera e propria chiamata all'azione

—Editor

PNEUMORAMA offre ai suoi lettori un articolo tratto dal numero di dicembre 2005 di Pulmonary Perspectives, una pubblicazione trimestrale dell'American College of Chest Physicians.
Traduzione a cura di Claudio Mastruzzo, Università degli Studi, Catania



EMERGENCY è un'associazione umanitaria senza scopo di lucro, nata in Italia nel 1994, con l'obiettivo di fornire assistenza medico-chirurgica alle vittime civili dei conflitti.

ATTIVITÀ SPECIFICHE SONO:

- intervenire in zone di guerra con iniziative umanitarie a favore delle vittime, in particolare civili, dei conflitti armati, dei feriti e di tutti coloro che soffrono altre conseguenze sociali dei conflitti o della povertà quali fame, malnutrizione, malattie, assenza di cure mediche e di istruzione;
- portare soccorso alle vittime di calamità naturali;
- promuovere una cultura di pace e solidarietà nonché l'affermazione dei diritti umani.

Per le missioni in Afghanistan, Angola, Cambogia, Sierra Leone, Sudan, ricerchiamo le seguenti figure professionali:

- **CHIRURGHI GENERALI E ORTOPEDICI**
- **INFERMIERI DI CORSIA, TERAPIA INTENSIVA E SALA OPERATORIA**
- **MEDICI INTERNISTI, PEDIATRI, ANESTESISTI**
- **GINECOLOGHE, OSTETRICHE**
- **FISIOTERAPISTI**

PER TUTTI È RICHIESTO:

- Rilevante esperienza ospedaliera
- Capacità di adattamento a lavorare secondo protocolli clinici e operativi standardizzati.
- Capacità di adattamento a lavorare secondo ruoli prestabiliti e nel rispetto delle norme di lavoro e sicurezza.
- Disponibilità a svolgere attività di formazione e insegnamento allo staff locale.
- Predisposizione alla vita comunitaria.
- Disponibilità di permanenza all'estero preferibilmente di 6 mesi.
- Buona conoscenza della lingua inglese scritta e parlata.

Ogni espatriato è portatore di un prezioso contributo, non solo mettendo in pratica le sue competenze professionali, ma anche insegnando, formando e supervisionando: EMERGENCY pone infatti molta attenzione alla formazione dello staff locale, cui un giorno poter affidare in totale autonomia il progetto.

Maggiori dettagli sulle posizioni offerte sul sito **www.emergency.it**, nella sezione **"attività umanitarie" / "lavora con noi"**.

Per candidarsi occorre inviare una e-mail a **curriculum@emergency.it** allegando un dettagliato CV, oppure utilizzare l'application form sul sito.

L'iter selettivo prevede: valutazione del curriculum vitae e di un questionario specifico, colloquio finale di selezione presso la sede di Milano con prove di inglese (orale e scritto).

EMERGENCY
via Meravigli 12/14, 20123 Milano, tel. 02 863161- fax 02 86316336



EMERGENCY
Operiamo per la pace

Agguato (multinazionale)

Nadia Zorzin



Bollettino dei pollini per la Toscana

ARPAT (A.F.R. di Aerobiologia e A.F.R. di Epidemiologia ambientale), il Centro Interdipartimentale di Bioclimatologia dell'Università degli Studi di Firenze e l'Istituto di Biometeorologia del CNR hanno attivato una collaborazione volta all'analisi degli effetti che pollini e spore presenti in atmosfera possono avere sull'insorgenza o sulla riacutizzazione di importanti patologie, come le malattie a carico dell'apparato respiratorio (in particolare l'asma bronchiale e la rinocongiuntivite allergica). Sono oggetto di studio anche modelli fenologici e aerobiologici per prevedere i picchi di dispersione di pollini e spore di interesse allergologico in funzione delle condizioni meteorologiche. Il 15 febbraio 2006 presso la sede dell'ARPAT a Firenze si è tenuta l'iniziativa "Il bollettino dei pollini per la Toscana: un utile strumento per la popolazione allergica". L'inizio dei lavori è avvenuto con l'intervento della Direttrice Generale ARPAT, Dott. ssa Sonia Cantoni, alla quale è seguita la partecipazione, per gli indirizzi di saluto, del Dott. Pierpaolo Dall'Aglio, (Presidente Associazione Italiana di Aerobiologia), del Dott. Gian Franco Gensini, (Preside Facoltà di Medicina e Chirurgia di Firenze, Presidente Centro Interdipartimentale di Bioclimatologia- Università di Firenze,CIBIC-UNIFI), del Dott. Giampiero Maracchi (Direttore Istituto di Biometeorologia, CNR-IBIMET) e del Dott. Angelo Passaleva (Presidente Società Italiana di Allergologia e Immunologia Clinica).
Obiettivo della giornata è stato quello di mettere a conoscenza i medici, i farmacisti e i cittadini, delle informazioni presenti nel bollettino aerobiologico per la Toscana. Questo utile strumento deriva dall'attività di monitoraggio dei pollini e delle spore fungine aerodisperse, dal servizio di previsione aerobiologica, dalle previsioni meteorologiche elaborate dal LaMMA-Regione Toscana e comprendente un commento dell'allergologo. Nel corso della Tavola Rotonda è stata valutata l'importanza di questo servizio, la possibilità di un'ulteriore diffusione dei dati e la necessità di un incremento del numero di stazioni di monitoraggio aerobiologico in Toscana. Alla Tavola Rotonda hanno partecipato oltre ai promotori (ARPAT, Centro interdipartimentale di bioclimatologia dell'università di Firenze, CNR IBIMET) anche la Società Italiana di Allergologia e immunologia clinica, l'Azienda sanitaria di Firenze, l'Agenzia regionale di sanità (ARS), l'Agenzia per la protezione dell'ambiente e per i servizi tecnici (APAT), l'Associazione sindacale titolari farmacie della provincia di Firenze, l'Ospedale pediatrico Meyer, l'Ordine dei medici della provincia di Firenze, l'Associazione medici per l'ambiente e Federasma.
I lavori si sono conclusi con l'intervento dell'Assessore all'Ambiente Dott. Marino Artusa.

A.F.R. di Aerobiologia – Dip. di Pistoia

XI Congresso NAZIONALE di AIA

Congresso Nazionale dell'Associazione Italiana di Aerobiologia Parma, 5-8 Aprile 2006, aia@isac.cnr.it

Si informano tutti i soci che il Congresso Nazionale di Aerobiologia avrà luogo a Parma, dal 5 all'8 Aprile 2006; ulteriori informazioni verranno fornite nel sito AIA e in AIAnewsletter di Pneumorama. AIA invita i soci a comunicare alla Segreteria di Rete ulteriori interessanti tematiche che vorrebbero venissero trattate ma che non sono state ancora inserite nel programma.

Lista degli argomenti principali:

- Aerobiologia e Beni Culturali
- Ambiente, Sport e Allergia

• Ambiente, Inquinamento e Allergie Respiratorie
• Aspetti clinici
• Calendari Pollinici, Sistemi Previsionali e Reti di Monitoraggio
• Educazione e Informazione
• Il Monitoraggio Aerobiologico nelle Agenzie Regionali Prevenzione Ambiente
• Immunoterapia
• Palinologia Forense
• Pollinosi, Allergia agli Alimenti e Organismi Geneticamente Modificati
• Qualità dell'Aria Indoor
• Terapia Farmacologia
• Verde Urbano

GEA: la nuova rivista di AIA

L'Associazione Italiana di Aerobiologia (AIA) presenta "GEA", Giornale Europeo di Aerobiologia e di Medicina ambientale ed Infezioni aerotrasmesse. GEA è una nuova iniziativa editoriale nata dalla collaborazione con l'Associazione Medici per l'Ambiente (ISDE), grazie alla Casa Editrice Mattioli. Responsabile scientifico è il Presidente di AIA Prof. Pier Paolo Dall'Aglio, e garanti dei contenuti scientifici di GEA sono i Consiglieri Direttivi di AIA e ISDE, Società che adottano GEA come loro Giornale Ufficiale. GEA pubblicherà articoli di ricerca, editoriali, rassegne su invito, atti e report commentati dei principali Congressi e Consensus Conference, recensioni di volumi e di documenti di particolare rilevanza nazionale ed internazionale, segnalazione dei principali Congressi e Convegni regionali, nazionali ed internazionali, con l'obbiettivo di garantire ai Lettori un veicolo di aggiornamento, sintetico, ma, contemporaneamente, puntuale e di alto valore scientifico.

Congressi internazionali

17th Conference on Biometeorology and Aerobiology
22-25 maggio 2206, San Diego, CA USA

XXV Congress of the European Academy of Allergology and Clinical Immunology
10-14 giugno 2006, Vienna, A, Medical University - Vienna, Tel. +43 1 404005113
Fax +43 1 404005130, Rudolf.valenta@meduniwien.ac.at

3rd International WASOG Conference on Diffuse Lung Diseases
22-24 giugno 2006, Catania, Sicilia, Italia, AISC & MGR Srl AIM Group - Via G. Ripamonti, 129
20141 Milano, Italy - Tel. +39 02 56601.1 - Fax +39 02 56609045 - e-mail: wasog2006@aimgroup.it
www.aimgroup.it/2006/wasog

CANCELLATO: XVIII World Congress of Asthma
15-18 luglio 2006, Losanna, CH, Conventus of Switzerland - Nyon, CH, Tel. +41 22 9068570
Fax +41 22 9068575, congress@conventus-swiss.com

9th International Pollination Symposium
23-28 luglio, Iowa State University, Ames, Iowa

Pre 8th International Congress Advanced Aerobiology Course (AA 2006)
"Pollen dispersal in an alpine environment"
14-19 agosto, Sion, Svizzera
pollen@meteoswiss.ch, www.aerobiology.ch, http://www.isac.cnr.it/aerobio/iaa/IAACOUR.htm

8th International Congress on Aerobiology: "Aerobiology: towards a comprehensive vision"
21-25 agosto, Neuchâtel, Svizzera, Chair person: Dr. Bernard Clot, MeteoSwiss, Les Invuardes, CH
1530 Payerne, Tel +41 26 662 62 59, Fax +41 26 662 62 12

European Palaeobotanical-Palynological Conference
7-12 settembre 2006, Praga, Repubblica Ceca, Contatto: Stanislav Oplustil
eppc2006@natur.cuni.cz

Aerobiologia oltralpe

Pre 8th International Congress Advanced Aerobiology Course (AA 2006)

Dal 14 al 19 Agosto si svolgerà a Sion, in Svizzera, il corso *"Aerobiologia in ambiente alpino"* che anticipa l'ottavo congresso internazionale sull'Aerobiologia *"Aerobiology: towards a comprehensive vision"*.
Il corso è rivolto a studenti che abbiano già una conoscenza di base dell'Aerobiologia o ad aerobiologi che vogliano incrementare le loro esperienze.
Questo corso si propone i seguenti obiettivi: approfondire la conoscenza dei sistemi meteorologici nelle Alpi, fornire le basi per la creazione di modelli di dispersione e per la mappatura tramite GIS, analizzare i dati pollinici e meteorologici e usare un modello di dispersione per simulare la dispersione del polline in una stretta valle alpina.
Il luogo scelto per il corso per la sua particolare conformazione, favorisce lo studio della dispersione del polline e la localizzazione delle sorgenti polliniche.

8th International Congress on Aerobiology: "Aerobiology: towards a comprehensive vision"

A Neuchâtel in Svizzera, dal 21 al 25 Agosto 2006 si terrà VIII congresso di Aerobiologia, occasione importante per fare il punto sul percorso compiuto dall'Aerobiologia.
L'Aerobiologia nasce come disciplina di transizione tra le diverse scienze tradizionali. È giunto il tempo che l'Aerobiologia diventi una scienza integrata e che la collaborazione tra aerobiologi e scienziati si faccia più stretta al fine di raggiungere un significativo spirito aerobiologico. Solo un pensiero cooperativo, infatti, permette di affrontare sistemi complessi, e di far fronte alle nuove sfide.
Per avere maggiori informazioni visita il sito http://www.isac.cnr.it/aerobio/iaa/index.html e vai alle sezioni *IAA Congress* e *IAA International Courses*.



ASSOCIAZIONE ITALIANA DI AEROBIOLOGIA
Rete Italiana di Monitoraggio degli Aeroallergeni

Al2 - Novi Ligure
L.G. Cremonte, M.G. Mazarello
Osp. S. Giacomo, ASL 22
Serv. Allergologia
Via E. Raggio, 22 - 15067 Novi Ligure (AL)

Al3 - Acqui Terme
L.G. Cremonte, M.G. Mazzarello
Osp.Civile di Acqui Terme, ASL 22
Serv. Allergologia
Via Fatebenefratelli, 1
15011 Acqui Terme (AL)

Al4 - Ovada
L.G. Cremonte, M.G. Mazzarello
Osp. Civile di Ovada, ASL 22
Serv. Allergologia
Via Ruffini 22 - 15076 Ovada (AL)

Ao2 - Aosta
R. Martello, P. Acconcia
A.R.P.A. Valle D'Aosta
Loc. Grande Charrière, 44
11020 Saint-Christophe (AO)

Ao3 - Frazione Gimillan (Cogne)
R. Martello, P. Acconcia
A.R.P.A. Valle D'Aosta
Loc. Grande Charrière, 44
11020 Saint-Christophe (AO)

Ap1 - Ascoli Piceno
G. Nardi
Osp. Prov. Mazzoni A.S.L.13
Serv. Immun. Allerg. e Trasfusionale
Via Degli Iris, 35 - 63100 Ascoli Piceno

Ap2 - S. Benedetto Del Tronto
E. Piunti, R. Alleva, S. Fraticelli
Servizio Allergologia,
ASL N.1, Regione Marche
Via Manara, 7
63039 S. Benedetto Del Tronto (AP)

Aq1 - L'Aquila
G. Tonietti, C. Petrucci, L. Pace
Università degli Studi di L'Aquila
Dip. Med. Interna e Sanità Pubblica
Piazzale Tommasi, 1- 67100 L'Aquila

Av1 - Avellino
U. Viola, M.T. Mottola, A. Polcari
Casa di Cura "Montevergine"
Via M. Malzoni - 83013 Mercogliano (AV)

Bo1 - Bologna
A.M. Casali, M. Felicori
A.R.P.A. - Sez. Provin. di Bologna
Settore Chimico
Via Triachini, 17 - 40137 Bologna

Bo3 - S. Giovanni in Persiceto
S. Marvelli, L. Olmi
Centro Agricoltura Ambiente SRL
Via di Mezzo Levante, 2233
40014 Crevalcore (BO)

Bo5 - S. Pietro Capofiume
S. Marvelli
Centro Agricoltura Ambiente SRL
Via di Mezzo Levante, 2233
40014 Crevalcore (BO)

Br1 - Brindisi
A. Arsieni, S. Ardito, M.T. Ventura
Centro Allergologia di Brindisi
c/o Ospedale
Via Appia, 164 - 72100 Brindisi

Bz2 - Bolzano
E. Bucher, V. Kofler
Appa Bolzano
Laboratorio Biologico Provinciale
Via Sottomonte, 2 - 39055 Laives (BZ)

Bz3 - Brunico
E. Bucher, V. Kofler
Appa Bolzano
Laboratorio Biologico Provinciale
Via Sottomonte, 2 - 39055 Laives (BZ)

Bz4 - Silandro
E. Bucher, V. Kofler
Appa Bolzano
Laboratorio Biologico Provinciale
Via Sottomonte, 2 - 39055 Laives (BZ)

Ca1 - Cagliari
G. Piu, P.U. Mulas
Ambulatorio di Allergologia ed
Immunologia Clinica G. Piu
Via Zagabria, 51- 09127 Cagliari

Cb1 - Campobasso
A. Del Riccio, A. Lucci
A.R.P.A. Molise, Dip. di Campobasso
Via Petrella ,1- 86100 Campobasso

Ce4 - Caserta
F. Madonna, D. Leonetti, G. Casino
ASL Caserta 1- Distretto Sanitario, 25
Via Sud Piazza D'armi - 81100 Caserta

Cs1 - Cosenza
F. Romano, M.I. Scarlato
Azienda Ospedaliera di Cosenza
O. "Mariano Santo"
Via Benedetto Croce, 23
87036 Cosenza

Ct3 - Acireale
G. Tringali
I.R.M.A. SRL, Istituto Ricerca Medica Ambientale
Via Paolo Vasta, 158/C - 95024 Acireale (CT)

Fe1 - Ferrara
F. Ghion, E. Manfredini
A.R.P.A. - Sez. Provinciale di Ferrara
Corso Della Giovecca, 169 - 44100 Ferrara

Fi1 - Firenze Nw
M. Onorari, M.P. Domeneghetti
Arpat, Area Funzionale di Aerobiologia
Via Baroni, 18 - 51100 Pistoia

Fi2 - Firenze Sw
M. Manfredi, C. Menicocci
U.O. Immunologia Allergologia
Nuovo Osp. S. Giovanni di Dio
Via Torregalli, 3 - 50143 Firenze

Fi4 - Firenze Porta Nord (Firenze)
M. Onorari, M.P. Domeneghetti
A.R.P.A.T., Dip. di Pistoia
Via Baroni, 18 - 51100 Pistoia

Fi5 - Firenze Porta Sud (Firenze)
M. Onorari, M.P. Domeneghetti
A.R.P.A.T., Dip. di Pistoia
Via Baroni, 18 - 51100 Pistoia

Fo1 - Forlì
C. Nizzoli, E. Fantini, P. Veronesi
A.R.P.A. Sez. Provin. di Forli/Cesena
Viale Salinatore, 20 - 47100 Forlì

Fo2 - Cesena
C. Nizzoli, E. Fantini, P. Veronesi
A.R.P.A.
Sez. Provin. di Forli/Cesena
Viale Salinatore, 20 - 47100 Forlì

Fo3 - Rimini
M.T. Biagini, P. Anelli
A.R.P.A. E.R. - Sez. Provin. di Rimini
Via Gambalunga 83 - 47900 Rimini

Ge1 - Genova
S. Voltolini, A. Fichera, C. Montanari
Azienda Ospedale S. Martino e Cliniche
Universitarie Convenzionate, Servizio
Autonomo Allergologia
Largo R. Benzi, 10 - 16132 Genova

Ge2 - Lavagna
G. Albalustri, M. Audisio, A. P. Greco
ASL 4 Chiavarese
Loc. S. Andrea di Rovereto
16043 Chiavari - (GE)

Ge4 - Genova
M. Molina, E. Carlini, S. Trichilo
A.R.P.A.L. - Dipartimento di Genova
Via Bambrini, 8 - 16149 Genova

Im3 - Imperia
L. Occello, E. Ceretta
A.R.P.A.L. Dip. di Imperia
Via Nizza, 6 - 18100 Imperia

Is1 - Isernia
A. Del Riccio, A. Lucci
A.R.P.A. Molise, Dip. di Campobasso
Via Petrella ,1 - 86100 Campobasso

Lc1 - Casatenovo
F. Della Torre, A. Molinari, R. Spinelli
I.N.R.C.A. I.R.C.C.S.
Div. Pneumologia - ASL Lecco
Via Monteregio, 13 - 23880 Casatenovo (LC)

Li1 - Livorno
E. Goracci
ASL 6 Dip. Prevenzione
Borgo S. Jacopo - 57127 Livorno

Lu1 - Pietrasanta
M. Onorari, M.P. Domeneghetti
A.R.P.A.T. Pistoia
Area Funzionale di Aerobiologia
Via Baroni, 18 - 51100 Pistoia

Me5 - Messina Nord
R. Picone, D. Falduto, R. Damino
Università di Messina,
Dipartimento di Scienze Botaniche
Salita Sperone, 31
98166 Località S. Agata - Messina

Mn2 - Mantova
M. Zanca
ASL Mantova
Via Trento, 6 (Per Corrispondenza Via Verdi 3)
46100 Mantova

Mo1 - Modena
L. Venturi, P. Natali, C. Barbieri
Arpa - Sez. Provin. di Modena
Via Fontanelli, 23 - 41100 Modena

Mo2 - Vignola
C. Alberta Accorsi, A.M. Mercuri
Università di Modena e Reggio Emilia,
Dip. del Museo di Paleobiologia e
dell'Orto Botanico
Viale Caduti In Guerra, 127
41100 Modena

Na2- Napoli Nord
G. D'amato, M. Russo, F. Giovinazzi, P. Valente
A.O.R.N. Cardarelli
Rione Sirignano, 13 - 80131 Napoli

Pc1 - S. Lazzaro Alberoni
L. Contardi, A. Lodigiani, G. Gallinari
A.R.P.A. Sez. Provin. di Piacenza
Settore Biotossicologico
Via XXI Aprile, 48 - 29100 Piacenza

Pd1 - Padova
G. Marcer, A. Bordin
Dip. di Medicina Ambientale e Sanità
Pubblica
Medicina del Lavoro - Università di Padova
Via Giustiniani, 2 - 35128 Padova

Pg1 - Perugia
E. Tedeschini
Univ. Perugia, Dip. di Biologia vegetale e
biotecnologie agro-ambientali e
zootecniche
Via Borgo XX Giugno, 74 - 06121 Perugia

Pr1 - Parma
P. Dall'aglio, R. Albertini, D. Giordano,
I. Usberti
Università degli Studi di Parma
Istituto di Patologia Medica
Via Gramsci, 14 - 43100 Parma

Pr2 - Parma Ovest
F. Cassoni, G. Pinto, F. Fontana
A.R.P.A. E.R.- Sez. Provin. di Parma
Via Spalato, 4 - 43100 Parma

Pt1 - Pistoia
M. Onorari, M.P. Domeneghetti
A.R.P.A.T. Pistoia
Area Funzionale di Aerobiologia
Via Baroni, 18 - 51100 Pistoia

Pt2 - Montecatini Terme
M. Onorari, M.P. Domeneghetti
A.R.P.A.T. Pistoia
Area Funzionale di Aerobiologia
Via Baroni, 18 - 51100 Pistoia

Pu1 - Pesaro
S. Circolone, V. Rossi
Provincia di Pesaro e Urbino
Via Gramsci, 7 - 61100 Pesaro

Pv1 - Montescano
C. Fracchia, S. Ricci
Fondazione "S. Maugeri",
Centro Medico Montescano
Via Per Montescano
27040 Montescano (PV)

Pv2- Pavia
C. Biale, A. Bossi, M.G. Calcagno
Fondazione "S. Maugeri" (Irccs)
Servizio Autonomo di Allergologia e
Immunologia Clinica
Via A. Ferrata, 8 - 27100 Pavia

Ra3 - Ravenna
M. Pagnani
A.R.P.A. - Sez. Provin. di Ravenna
Via Alberoni, 17 - 48100 Ravenna

Re1 - Reggio Emilia
L. Camellini, M. Cavalchi, M. Ingrassia
A.R.P.A. - Sez. Provin. di Reggio Emilia
Via Amendola, 2 - 42100 Reggio Emilia

Rm5 - Roma Tor Vergata
(Fac. Scienze)
A. Travaglini, S. Silvestri, D. Leonardi
Università di Roma Tor Vergata
Dipartimento di Biologia
Via Della Ricerca Scientifica, 1
00133 Roma

Rm6 - Roma Nw (Osp. S. Pietro)
A. Travaglini, F. Froio, D. Leonardi, S. Silvestri
Università di Roma Tor Vergata
Dipartimento di Biologia
Via Della Ricerca Scientifica, 1
00133 Roma

Rm7 - Roma E.U.R. (Osp. S. Eugenio)
A. Travaglini, D. Leonardi
Università di Roma Tor Vergata
Dipartimento di Biologia
Via Della Ricerca Scientifica, 1
00133 Roma

Rm8 - Roma Centro (Ucea)
A. Brunetti, M.C. Serra, A. Pasquini
Min. Politiche Agricole e Forestali
Centrale Ecologia Agraria
Via Del Caravita, 7/A - 00186 Roma

Ro1 - Rovigo
G. Dall'Ara, B. Dall'Ara
USL 18 Rovigo (Veneto) - Div. Pneumologia
Viale Tre Martiri - 45100 Rovigo

So2 - Sondrio
P. Scherini
Asl Della Provincia di Sondrio,
Laboratorio di Sanità Pubblica
Via Stelvio, 35/A - 23100 Sondrio

Sp2 - La Spezia
C. Grillo, E. Rossi
A.R.P.A.L. U.O.
Laboratori e Reti di Monitoraggio
Dip. Provinciale Della Spezia
Via Fontevivo, 21 - 19125 La Spezia

Ss1 - Sassari
G. Vargiu, A. Vargiu
Studio Specialistico Allergologico
e Immunologico
Piazza Mons. Mazzotti, 6 - 07100 Sassari

Sv4 - Savona

D. Alleteo, C. Puccioni, R. Orecchia
Arpal - Dip. di Savona
Via Zunini, 1 - 17100 Savona

Tn2 - S. Michele all'Adige
E. Gottardini, F. Cristofolini
Istituto Agrario di S. Michele All'Adige
Via Mach, 2 - 38010 San Michele All'Adige

To2 - Torino
R. Caramiello, L. Reale
Dip. Biologia Vegetale
Via P.A. Mattioli, 25 - 10125 Torino

Tp2 - Erice
G. di Marco, G. Conforto
A.S.M.A.R.A. Onlus
Villa San Giovanni, 54 - 91100 Trapani

Va1 - Varese
F. Brunetta, F. Vassallo
Osp. di Circolo e Fond. Macchi-Varese
Pneumologia - Allergologia
Viale L. Borri, 57 - 21100 Varese

Va3 - Busto Arsizio
P. Zanon, E. Chiodini, P. Pozzi
Medicina Nucleare
Ospedale di Busto Arsizio
Via A. Da Brescia, 3
21052 Busto Arsizio (VA)

AAPC
Associazione Aretina di Pneumologia Clinica

Soci: I. Archinucci, M. Biagini, G. Coniglio, G. Guadagni, M. Naldi, R. Scala

Sede: U.O. Broncopneumologia ASL 8 AR
Ospedale San Donato
via Pietro Nenni 20 - 52100 Arezzo
Tel. centr. 0575 2551 - rep. 0575 254541
Fax 0575 254545 m.naldi@usl8.toscana.it

ACCP
American College of Chest Physicians Capitolo Italiano

Regent: G.U. Di Maria (CT)

Governors: A. Chetta (PR), A. Corrado (FI), N.Crimi (CT), R. Dal Negro (VR), M. Del Donno (BN), G. Girbino (ME), M. Polverino (SA), O. Resta (BA), P. Zannini (MI)

Segreteria Nazionale: Francesco de Blasio
Unità Funzionale di Riabilitazione Respiratoria,
Casa di Cura Clinic Center S.p.A.
Via Cintia - Parco S. Paolo - 80126 Napoli
Tel. 081 7283144 - Fax 081 8046977
fdeblasio@qubisoft.it

AIA
Associazione Italiana di Aerobiologia

Presidente: P. Dall'Aglio

Vice Presidente: M. Manfredi

Past President: P. Mandrioli

Segretario-Tesoriere: P. Minale

Consiglieri: R. Albertini, G. D'Amato, P. De Nuntiis, S. Gangemi, G. Marcer, M. Onorari, E. Tedeschini, A. Travaglini, M. Zanca

Sede: c/o Istituto ISAC-CNR
Via Gobetti 101 - 40129 Bologna
Tel. 051 6399575 Fax 051 6399649
aia@isac.cnr.it
www.isac.cnr.it/aerobio/aia

A.A.I.T.O.
Associazione Allergologi e Immunologi Territoriali e Ospedalieri

Presidente: F. Bonifazi

Vice Presidente - Segretario: C. Troise

Vice Presidente - Tesoriere: V. Feliziani

Consiglio direttivo: G. Cadario, S. Amoroso, G. Senna, A. Musarra, A. Antico, C. Lombardi, F. Stefanini, M. Galimberti, S. Ardito

Revisori dei conti: G. Minore, G. Manfredi, G. Nordi

Probiviri: A. Negrini, F. Donazzan, S. Barca

Sezione Aerobiologia: R. Ariano

Segreteria: C. Troise
AUSL 3 Lanciano-Vasto, U.O.C. Medicina Interna
Presidio Ospedaliero di Lanciano
Via del Mare, 1 - 66034 Lanciano
Tel./Fax 0872 706393
Referenti Regionali
Abruzzo: M. Nucilli
Calabria: R. Longo
Emilia Romagna: M. Giovannini
Coordinatori Mono - Aree
Piemonte, Liguria, Valle d'Aosta: R. Cantone
Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia: F. Pezzuto, Lazio, Abruzzo, Molise, Marche,Toscana, Sardegna: V. Di Rienzo

AIMAR
Associazione Interdisciplinare per lo Studio delle Malattie Respiratorie

Presidente: C.F. Donner (Veruno, No)

Vice Presidenti: F. De Benedetto (CH); C.M. Sanguinetti (Roma)

Segretario Generale/Tesoriere: S. Nardini (Vittorio Veneto, TV)

Responsabile Attività Editoriali: C.M. Sanguinetti (Roma)

Coordinatori Sezioni Regionali: A. Cavalli (Bo); M. Polverino (Cava de' Tirreni (SA)

Comitato Scientifico AIMAR

Coordinatore: L. Allegra (MI)
- Ambiente e Allergologia: G. D'Amato (NA)
- Anestesiologia e Rianimazione: M. Ranieri (TO)
- Cardiologia: N. Gallié (BO)
- Chirurgia Toracica: F. Sartori (PD)
- Diagnostica per Immagini: F. Schiavon (BL); A.Carriero (NO)
- Endocrinologia: A. Pinchera (PI)
- Epidemiologia: F. Romano (CH)
- Farmacologia: I. Viano (NO)
- Formazione e Qualità: M. Capelli (BO), P. Poletti (PD)
- Gastroenterologia: G. Bianchi Porro (MI), L. Capurso (Rm)
- Geriatria: E. Tupputi (BA), S.M. Zuccaro (Roma)
- Immunologia: G. Montrucchio (TO)
- Infettivologia: E. Concia (VR)
- Medicina Generale: C. Cricelli (FI)
- Medicina Interna: R. Corinaldesi (BO)
- Medicina del Lavoro: P. Carta (CA); G. Muzi (PG)
- Microbiologia: G.C. Schito (GE)
- Neurologia: L. Ferini Strambi (Mi)
- Otorinolaringoiatria: M. De Benedetto (LE); D. Passali (SI)
- Pediatria: F.M De Benedictis (AN), A. Barbato (PD)
- Pneumologia: F. Blasi (MI), L. Casali (TR), M. Cazzola (NA), F. De Benedetto (CH), G.U. Di Maria (CT), G. Girbino (ME), C. Grassi (MI), D. Olivieri (PR), P. Paggiaro (PI) P. Palange (Roma); R. Pela (AP), M. Polverino (Cava de' Tirreni, SA), L. Portalone (Roma), C. Saltini (Roma), C.M. Sanguinetti (Roma)

- Rapporti con i Pazienti: M. Franchi (Roma)

Referenti Regionali:
- Piemonte e Valle D'Aosta: C. Gulotta (TO) G. Ferretti (AL)
- Liguria: F. Fabiano (SP), G.A. Rossi (GE)
- Lombardia: S. Centanni (MI), S. Lo Cicero (MI)
- Trentino Alto Adige; S. Bassetti (Arco di Trento, TN)
- Veneto e Friuli Venezia Giulia: M. Pattarello (VR)
- Emilia Romagna: A. Cavalli (BO)
- Toscana: G. Roggi (LU), C. Franco (GR), A. Collodoro (SI), G.F. Sevieri (Viareggio, LU)
- Umbria: O. Penza (PG)
- Marche: A. Calcagni (Porto San Giorgio, AP), P. Isidori (Fano, PU)
- Abruzzo e Molise: C. De Iuliis (TE)
- Lazio: P. Alimonti (RM)
- Puglia: V. Mancini (Acquaviva Delle Fonti, BA), L. Mandurino (LE), U. Vincenzi (FO)
- Campania: M. Polverino (Cava De' Tirreni, SA), P. Zamparelli (Sorrento, NA)
- Basilicata: M. Celano (PZ), M.C. Martini (Villa D'Agri, PZ)
- Calabria: S. Barbera (CS)
- Sicilia: E. Padua (RG), F. Relo (ME), G.U. Di Maria (CT)
- Sardegna: R. Atzeni (Nu)

Sede Legale, Operativa e Segreteria
AIMAR c/o Studio Porgram Srl
Viale Marazza, 30 - 28021 Borgomanero (NO)
Tel. 0322 846549 - Fax 0322 869737
segreteria@aimarnetwork.org

Direttore Generale
Gianpaolo Frigerio - Tel. 335 5749628
gianpaolo.frigerio@tiscali.it

Ufficio Stampa: Studio Volterra
Via San Calocero, 12 - 20123 Milano
Tel. 02 8358694 - Fax 02 8375741
volterra@mi.flashnet.it

Sito Internet dell'Associazione
www.aimarnetwork.org
Editor del Sito: C.M. Sanguinetti

AIMEF
Associazione Italiana Medici di Famiglia

L'Associazione Italiana Medici di Famiglia (AIMEF) è un'organizzazione non lucrativa di utilità sociale (Onlus). La sua denominazione internazionale è Italian Academy of Family Physicians (IAFP): Gli obiettivi statutari sono la ricerca, la produzione scientifica, la formazione, l'educazione sanitaria, l'interscambio di conoscenze ed esperienze professionali. La struttura societaria si compone di Dipartimenti, Unità Operative Cliniche e sezioni locali denominate Cenacoli. AIMEF si è data una organizzazione in unità funzionali costituite da Dipartimenti che hanno un programma e un responsabile. Essi sono: didattica e formazione, ricerca, informatica e telematica, bioetica, nursing, educazione sanitaria. A fianco dei Dipartimenti vi sono delle Unità Operative Cliniche (cardiologia, pneumologia, ginecologia, urologia, dermatologia ecc.) che avranno il compito di supportare i Dipartimenti e fornire materiale per la formazione e la ricerca.

Consiglio Direttivo

Presidente: G.S. Tritto

Vice Presidente: M. Bisconcin

Segretario: G. Mantovani

Tesoriere: G. Filocamo

Consiglieri: P. Giarretta, G. Di Dio, N. Dilillo, A. Infantino, G. Loro, C. Marzo, C. Piccinini

Sede legale: P.zza Duca d'Aosta, 12 - 20124 Milano
Tel. 02 67490005 - Fax 02 67385689
mail@aimef.org - www.aimef.org

AIMS
Associazione Italiana di Medicina del Sonno

Presidente Onorario: E. Lugaresi

Past President: F. Cirignotta

Consiglio Direttivo

Presidente: L. Ferini-Strambi
Centro per i Disturbi del Sonno Istituto Scientifico Ospedale S. Raffaele
Via Stamira D'Ancona, 20 - 20127 Milano
Tel. 02 26433383-3358 - Fax 02 26433394
www.sonnomed.it

Vice Presidente: F. Ferrillo
Centro di Medicina del Sonno Servizio di Neurofisiopatologia
Dipartimento di Scienze Motorie Università di Genova, Ospedale S. Martino
Piazza R. Benzi 10 - 12126 Genova
Tel. 010 3537460 - 3537465 - Fax 010 3537699

Segretario: G.L. Gigli
Centro di Medicina del Sonno
Dipartimento di Neuroscienze
Azienda Ospedaliera Santa Maria della Misericordia
33100 Udine
Tel. 0432 552720 - Fax 0432 552719

Tesoriere: M. Guazzelli
Laboratorio Studio e Trattamento del Sonno e del Sogno, Dipartimento di Psichiatria, Neurobiologia, Farmacologia e Biotecnologie Clinica Psichiatrica
Via Roma 67 - 56100 Pisa
Tel. 050 992658 - Fax 050 21581

Consiglieri: E. Bonanni, A. Braghiroli, O. Bruni, R. Ferri, S. Mondini, L. Parrino, M. Savarese, C. Vicini, M. Zucconi

A.I.P.A.S. Onlus
Associazione Italiana Pazienti con Apnee del Sonno

Presidente: Enrico Brunello

Vice Presidente: Chiavegato Mariagrazia

Referente regionale per il Lazio: Marina Fiori-Mattiolo

Sede centrale:
20157 Milano, Via vittani 5
Tel./Fax 023551727 - Cell:3343361267
Email: info@sleepapnea-online.it,
aipasonlus@fastwebnet.it
URL: www.sleepapnea-online.it

Il perché di un'Associazione

La nascita della Associazione Italiana Pazienti con Apnee del Sonno, A.I.P.A.S.
Onlus, è motivata dalla volontà di portare a livello capillare su tutto il territorio nazionale, una precisa e corretta informazione sulle Apnee Morfeiche, i danni derivanti dal non curarsi in modo corretto e tutte quelle patologie che possono di conseguenza insorgere. Oltre a questo, l'A.I.P.A.S. si pone come tramite per i suoi associati, tra i medici di base, i Centri del Sonno e le ASL per fornire a tutti un punto di riferimento, un aiuto corretto e la tutela dei propri diritti in tutte le forme possibili.
Per raggiungere i nostri scopi utilizzeremo ogni mezzo possibile di comunicazione, dai giornali alle radio, ad internet e la televisione; inoltre saranno organizzati corsi e seminari informativi in ogni città italiana. Essere soci dell'A.I.P.A.S. Onlus vuol dire quindi essere correttamente informati, seguiti e preparati ad affrontare la terapia peronale nella maniera più adeguata ed anche avere un supporto ed un punto di riferimento per migliorare la qualità della vita sia vostra che dei vostri cari.

Come diventare soci

L'A.I.P.A.S. è formata da Soci Ordinari e Soci Sostenitori.

Si diventa:

– Soci Ordinari, versando la quota associativa di Euro 15,00 annuali;

– Soci Sostenitori, versando una quota associativa a partire da Euro 100,00

sul c/c postale n. 58276601 intestato ad A.I.P.A.S. Onlus o con bonifico bancario.

Sarà accettata l'iscrizione del/la Socio/a che ci farà pervenire in busta chiusa ed affrancata al seguente indirizzo:

A.I.P.A.S. Onlus
Associazione Italiana Pazienti con Apnee del Sonno

20157 Milano, Via vittani 5

la "Richiesta d'iscrizione" (si può richiedere il modulo telefonando allo 02 3551727) compilata in tutte le sue parti ed accompagnata da una fotocopia del versamento effettuato.

La nostra Segreteria, provvederà nel più breve tempo possibile, ad inviare la tessera d'iscrizione.

AIPI Onlus
Associazione Ipertensione Polmonare Italiana

Presidente: P. Ferrari
348 4023432 - pisana.deciani@libero.it
Vice Presidente: L. Radicchi
Tel./Fax 075 395396
illeo@interfree.it - www.aipiitalia.org
Sede legale e amministrativa:
Viale Marconi, 38 - 40050 Loiano (BO)

Eventuali contributi possono essere versati tramite:
c/c bancario presso: Cassa di Risparmio di Bologna filiale di Pianoro (BO) intestato a A.I.P.I.
c/c 10150 - ABI 6385 - CAB 37000;
c/c postale n. 25948522 intestato a A.I.P.I.

AIPO
Associazione Italiana Pneumologi Ospedalieri

Presidente: A. Corrado

Vice presidente: F. Falcone

Segretario generale Tesoriere: S. Amaducci

Comitato Esecutivo: S. Calabro, S. Gasparini, P. Greco, M. Nosenzo, F. Vigorito

Consiglio Nazionale: N. Ambrosino, S. Baldi, P.A. Canessa, M. Confalonieri, G. Donazzan, M. Dottorini, F. Fiorentini, V. Fogliani, A. Foresi, S. Harari, R. Le Donne, G.P. Ligia, S. Marchese, F. Mazza, S. Mirabella, A.M. Moretti, M. Naldi, F. Pasqua, G. Puglisi, M. Ronco, G. Santelli, M. Schiavina, D. Sella, R. Tazza, F. Tirone, L. Zucchi

Socio Aggregato: G. Miragliotta

Socio Affiliato: D. Bonanni

Revisori dei conti: F. De Michele, A. Lo Coco, A. Vianello

Collegio dei Garanti: A. Cinquegrana, G.A. Foddai, F. Salvati

Presidenza: A. Corrado
Unità di terapia Intensiva Polmonare e Fisiopatologia Toracica, Az. Osp. Univ. Careggi
Padiglione Nuovo San Luca
Via di San Luca - 50134 Firenze
Tel/Fax 055 7946559
corradoa@ao-careggi.toscana.it

Segretario generale tesoriere: Divisione di Pneumologia, Osp. San Carlo Borromeo
Via Pio II, 3 - 20157 Milano
Tel/Fax 02 40222522
amaducci.sandro@sancarlo.mi.it

Sezioni Regionali e relativi Presidenti
- Centro Adriatica: Luigi Frigieri
- Campania - Basilicata: Riccardo Cioffi
- Emilia Romagna: M. Giovannini
- Lazio: Salvatore D'Antonio
- Liguria: David Pelucco
- Lombardia: Carlo Sturani
- Piemonte - Valle D'Aosta: Alessandro Dolcetti
- Puglia: Francesco Dadduzio
- Sardegna: Enrico Giua Marassi
- Siculo - Calabra: Francesco Tirone
- Toscana: Sandra Nutini
- Trentino Alto Adige: Paolo Pretto

- Veneto: G. Milani
- Friuli Venezia Giulia: Antonio Peratoner

Aree Scientifiche e relativi Responsabili

- Area Epidemiologia e attività educazionale: Margherita Neri
- Area Pneumologia Interventistica e Problematiche Chirurgiche: Angelo Gianni Casalini
- Area Oncologia toracica: Filippo De Marinis
- Area Infettivologia respiratoria: Giuseppe Miragliotta
- Area Fisiopatologia respiratoria: Antonio Foresi
- Area Patologia Respiratoria critica e riabilitativa: Nicolino Ambrosino
- Area Clinica: Mario Schiavina

Gruppi di Studio e relativi Responsabili

- Attività Educazionale: C. Cinti
- Prevenzione e Lotta al Fumo di Sigarette: Eugenio Sabato
- Epidemiologia: Laura Carrozzi
- Ambiente e Patologia Respiratorie: Luciano Mutti
- Endoscopia Toracica: Marco Patelli
- Trapianto del Polmone e Problematiche Chirurgiche: Claudio Fracchia
- Indagini Biologiche in Pneumologia: Bruno Balbi
- Oncologia Polmonare: Sinibaldo Coppolino
- Tumori della Pleura: Gianfranco Tassi
- Cure Palliative e Terminalità: Carlo Crispino
- Infezioni Comunitarie: Oronzo Penza
- Tubercolosi: Giorgio Besozzi
- Infezioni Ospedaliere: Bruno Del Prato
- Diagnostica Infettivologica: Emilio Moscariello
- Medicina dello Sport: Pierluigi Di Napoli
- Disturbi Respiratori nel Sonno: Giuseppe Insalaco
- Semeiologia Respiratoria: Alessandro Zanasi
- Fisiopatologia Respiratoria: Isa Cerveri
- Riabilitazione: Enrico Clini
- Terapia Intensiva Respiratoria: Massimo Gorini
- Ventilazione Meccanica Non Invasiva: Paolo Navalesi
- Home Care Respiratoria: Vanni Galavotti
- Interazioni Cuore-Polmone: Patrizio Vitulo
- Asma e Allergologia: Giulio Cocco
- BPCO: Adriano Vaghi
- Interstiziopatie e Malattie Rare: Venerino Poletti
- Asma Professionale: Gianna Moscato

Sede Legale e Uffici:
Via Frua, 15 - 20146 Milano
Tel. 02 43911560 - Fax 02 43317999
admin@aiponet.it - www.aiponet.it

Direzione Generale: Carlo Zerbino
direzione@aiponet.it

Segreteria Associativa: Raffaella Frigerio
raffaella.frigerio@aiponet.it

AIST
Associazione Italiana per lo Studio della Tosse

Presidente: A. Zanasi (BO)

Vice-Presidente: A. Potena (FE)

Presidente Onorario: John Widdicombe, London, UK

Segretario: F. Baldi (BO)

Segreteria Scientifica: Giovanni Fontana (FI)

Consiglieri: Giacomo Bruni, U. Caliceti, L. Carrozzi, F. Dal Masso, P. Geppetti, A.H. Morice, T. Pantaleo, C. Sturani, F. Tursi, Pietro Visaggi

Sede: Via Mazzini, 12 - 40138 Bologna
Tel. 051 307307 - Fax 051 302933
info@assotosse.com - www.assotosse.com

Alfa1-AT
Associazione a1-AT (Associazione Nazionale ALFA1-Antitripsina)

Presidente: N. Gatta

Vice-presidente: R. Bontacchio

Segretario: A. Capretti

Tesoriere: E. Bonera

Comitato direttivo: B. Balbi, E. Bertella, M.V. Bertussi, L. Corda, R. Gatta, A. Mordenti, A. Mordenti, G. Mordenti, P. Offer, F. Ronchi, E. Tanghetti

Comitato Scientifico

Direttore: Bruno Balbi

Membri: I. Annesi-Maesano, F. Callea, M.Carone, L. Corda, F. Facchetti, S.M. Giulini, M. Luisetti, L.D. Notarangelo, M. Puoti, C. Tantucci

Sede: Via Galilei, 24 - Sarezzo (BS)
Tel. 335 7867955 - Fax 030 8907455
nucciagatta@libero.it
info@alfa1at.org - www.alfa1at.org

ALIR
Associazione per la Lotta contro l'Insufficienza Respiratoria

Segretario Generale: A. Bernardi Pesce
Via Pozzetto, 49/1 - 35017 Piombino Dese (PD)
Tel. 049 9366863 - a.dorotea@libero.it

Vice-Segretario tesoriere: G. Ferrandes

Vice-Segretario vicario: G.N. Bassi

Vice-Segretario Addetto ai problemi sanitari: C. Sturani

Vice-Segretario addetto ai Problemi Sociali e Pubbliche Relazioni: V. Squasi

Consiglieri: A. Gasparotto, R. Lorenzo, P. Lovadina, N. Palma, L. Spagnolli Ferretti, D. Zanchetta

Revisori dei Conti: A. Conti, I. Lorenzoni, P. Zanoli

Segreteria organizzativa
Viviana Ballan
Via de Rossignoli, 48/I
35012 Camposampiero (PD)
Tel. 049 9301273 - vivianaball@libero.it

Elenco dei comitati regionali

Abruzzo: V. Colorizio
c/o Centro Prevenzione Malattie Respiratorie
"S. Maria di Collemaggio"
Viale Nizza, 15 - 67100 L'Aquila
Tel. 0862 778930 - 778933
Alto Adige: A. Faggionato
c/o Home Center
Via Galilei, 4 - 39100 Bolzano
Tel. 0471 933227
Lazio: A. Galantino
Via S. Angela Merici, 96 - 00162 Roma
Tel. 06 86320160
Lombardia: C. Sturani
c/o Divisione Pneumologica
Ospedale Carlo Poma
Via Lago Paiolo, 1 - 46100 Mantova
Marche: G. Ferrandes
Piazzale Lazzarini, 3 - 61100 Pesaro
Tel. 0721 31085
Puglia: R. Lorenzo
c/o Divisione 3 di Pneumologia
Ospedale A. Galateo
Via Abruzzi, 2 - 73016 S. Cesario (LE)
Sardegna: M. Coghe
c/o Div. Pneumologia
Ospedale "I.N.R.C.A."
Via delle Cicale, 11 - 09134 Cagliari
Tel. 070 522660
Sicilia: G. Di Maria
Istituto Malattie Apparato Respiratorio
Via Passo Gravina, 187 - 95125 Catania
Tel. 095 254532
Toscana: M. Danisi
Via Della Pura, 4/a - 56123 Pisa
Tel. 050 996728
Umbria: F. Curradi
c/o Unità di Tisiopneumologia
Istituto di Medicina del Lavoro
Via XIV Settembre, 79 - 06100 Perugia
Tel. 075 5783178
Veneto: R. Grison
Div. di Pneumologia Osp. Civile "S. Bortolo"
Contrà Mure S. Lucia, 34 - 36100 Vicenza
Tel. 0424 227397
Trentino: R. Sicheri
Casella postale 255 - 38100 Trento
Tel. 0461 981065

AMIP
Associazione Malati di Ipertensione Polmonare

Presidente: M.P. Proia
Vice Presidente: F. Fedale
Sede: Via Bagnoregio, 51 - 00189 Roma
Tel. 06 33250970 338 2806430
mpproia@tiscalinet.it
www.assoamip.net
Conto corrente bancario intestato a:
Ass. Malati di Ipertensione Polmonare.
Numero 27181/69 - Banca Intesa - Ag. 2759
ABI 03069 - CAB 05055 - CIN A

AMOR
Associazione Milanese di Ossigenoterapia Riabilitativa

Presidente: A. Naddeo
Vice Presidente: B. Perrone
Consiglieri: R. Adami, E. Bottinelli, C. Caminaghi, L. Gavazzi, V. Peona, A. Pessina, A. Pizzi
Uditore: M. Schiavina
Revisore dei conti: M. Ricco Galluzzo
Presidente onorario: I. Brambilla, F. Falletti
Sede: Ospedale di Milano Niguarda
P.zza Ospedale Maggiore, 3 - 20162 Milano
Tel./Fax 02 66104061

ARIR
Associazione Riabilitatori dell'Insufficienza Respiratoria

Presidente: M. Lazzeri
Vice presidente: G. Oliva
Segretario: A. Brivio
Tesoriere: A. Colombo
Consiglieri: P. Frigerio, G. Piaggi, E. Repossini, A. Sanniti, M. Sommariva, S. Zuffo
Consiglieri Onorari: R. Adone, M. Bassi, A. Bellone, I. Brambilla
Sede: A.O. Ospedale Niguarda Ca' Granda
c/o Unità Spinale
Piazza Ospedale Maggiore, 3 - 20162 Milano
Segreteria: c/o Anna Brivio
Via Abetone, 14 - Milano
Cell. 347 8044525 - Fax 02 700557594
segreteria@arirassociazione.org

AsIMOV
Associazione Medici ed Odontoiatri Velisti

Direzione Scientifica: R. De Tullio
Via Q. Sella 78 - 70122 Bari
Cell. 347 3314461 - Tel./Fax 080 5275484
asimov@asimov.it - www.asimov.it
Per informazioni: Direzione Organizzativa
E. Belli - Via Valesio 1 - 00179 Roma
Tel. 335 6651680 - Fax 0678 349 130

Associazione Italiana Pazienti BPCO Onlus

Consiglio Direttivo
Presidente: M. Franchi

Vicepresidente: F. Franchi

Segretario: C. Filosa

Tesoriere: G. Arangio-Ruiz

Consiglieri: F. Attolico

Sede legale: Unità Operativa Complessa di Pneumologia, Azienda Complesso Ospedaliero S. Filippo Neri, Roma - Direttore dell'U.C.O.: C.M. Sanguinetti

Segreteria Operativa: c/o Effetti Srl
Via Gallarate, 106 - 20151 Milano
Tel. 02 3343281 - Fax 02 33002105
effetti@effetti.it

Per informazioni:
Presidente: M. Franchi
Via Cassia, 605 - 00189 Roma
Tel. 06 33253020 - Fax 06 33259798
franchima@tin.it www.pazientibpco.it

Associazione SANTORIO per la Pneumologia

Presidente Onorario: C. Serra (GO)

Presidente: R. Ukmar (TS)

Vice Presidente: F. Crismancich (TS)

Segretario: V. Masci (TS)

Consiglieri: A. Muzzi (TS), R. Stokely (TS), M. Tommasi (TS), S. Borut (TS)

Sede legale: c/o V. Masci
Via A. Oriani, 4 - 34129 Trieste
Tel. 040 369543 - masci.vincenzo@virgilio.it

Assogastecnici - Gruppo Gas Medicinali (Federchimica)

Associazione Nazionale Aziende produttrici gas tecnici, speciali e medicinali.

Sede: Via Giovanni da Procida, 11 - 20149 Milano
Tel. 02 34565234 - Fax 02 34565311
ggm@federchimica.it
www.assogastecnici.federchimica.it/ggm

FEDERASMA
Federazione Italiana delle Associazioni di sostegno ai Malati Asmatici e Allergici

Comitato Direttivo

Presidente: C.F. Tesi
presidente@federasma.org

Vice-Presidente: A.M. Gargiulo

Segretario: A.M. Rispoli

Tesoriere: B. Garavello

Presidente Onorario: M. Franchi

Rapporti con il Comitato Medico-Scientifico: S. Frateiacci

Revisori dei Conti: M. Lazzati, L. Scaranello, A. Zaninoni

Sede legale:
c/o Fondazione Salvatore Maugeri
Via Roncaccio, 16 - 21049 Tradate (VA)

Segretariato Amministrativo:
Via del Lazzaretto, 111/113 - 59100 Prato
Tel. 0574 541353 - Fax 0574 542351
segreteria@federasma.org - www.federasma.org

Associazioni aderenti a FEDERASMA

A.A.A.A. Associazione Aretusea Asma ed Allergia - ONLUS, Siracusa

A.AG.AS.A. - Associazione Agrigentina Asma, Favara (AG)

Associazione ASMA Sardegna - ONLUS, Cagliari

A.C.A.R. - Associazione Cremasca per l'Assistenza Respiratoria - ONLUS, Ripalta Cremasca (CR)

A.I.P.A.A. - Associazione Italiana dei Pazienti Asmatici ed Allergici, Palermo

A.I.S.A. - Associazione Italiana Studi Asmatici - ONLUS, Bari

ALAMA - Associazione laziale Asma e malattie Allergiche, Roma

A.M.A./Reg. Umbria - Associazione Malati Allergici della Regione Umbria - ONLUS, Perugia

A.P.A.C. - Associazione per il Paziente Asmatico ed Allergico Calabrese - ONLUS, Reggio Calabria

A.P.A.R. - Associazione Piacentina per l'Assistenza Respiratoria, Piacenza

A.P.T.A. - Associazione Pistoiese Asma - ONLUS, Pistoia

A.R.G.A.B. - Associazione Regionale Genitori Bambini Asmatici, Padova

A.S.M.A. - Associazione di Sostegno ai Malati di Asma, Tradate (VA)

ASMA - Sezione Concordia Sagittaria, Concordia Sagittaria

ASMA - Sezione Fiumicino, Roma

ASMA - Sezione Viareggio, Viareggio

A.S.P.A. - Associazione di Sostegno per i Pazienti Allergici - ONLUS, Sorrento (NA)

ASS.M.A. - Associazione Malati di Asma, Verona

A.S.M.A.R.A. - Associazione Siciliana dei Malati Asmatici, Respiratori e Allergici, Trapani

As.P.As. - Associazione Pro Asmatici, Rovigo

A.T.A. Lapo Tesi - Associazione Toscana Asmatici e Allergici - ONLUS, Prato

Famiglia Bambini Asmatici, Misurina (BL)

Io e l'Asma - ONLUS, Pachino (SR)

L.I.A.M.A.R. - Lega Italiana per la lotta contro l'Asma bronchiale e le Malattie Allergiche Respiratorie, Milano

Progetto Respiro - Associazione Pazienti Allergici, Asmatici e Broncopatici - ONLUS, Messina

TANDEM - Associazione per la qualità della vita degli asmatici e degli allergici - ONLUS, Aosta

UNA - Unione Nazionale Asmatici - ONLUS, Bussolengo (VR)

Federazione Italiana contro le Malattie Polmonari Sociali e la Tubercolosi

Presidente: M. De Palma

Vice presidente: G. Girbino

Segretario Generale: A. Quaglia

Comitato Direttivo: L. Allegra, F. Fiorentini, V. Fogliani, A. Mangiacavallo, A.M. Moretti, E. Pozzi

Sede: Via G. da Procida, 7d - 00162 Roma

Sede operativa: Via Frua, 15 - 20146 Milano
Tel./Fax 02 43982610
federmilano@tiscalinet.it

FIMMG
Federazione Italiana Medici di Medicina Generale

Segretario Gen. Naz.: M. Falconi

Presidente: M. Arpaia

Vice Segretario Gen. Naz. Vicario: G. Milillo

Vice Segretario Gen. Naz.: B. Palmas

Segretario Organizzativo: N. Romeo

Segretario Amministrativo: G. Scudellari

Sede FIMMG:
Grattacielo Italia - Piazza Marconi, 25
00144 Roma
Tel. 06 54896625 - Fax 06 54896645
www.fimmg.org - fimmg@fimmg.org

METIS
Società Scientifica dei Medici di Medicina Generale

Presidente: S. Ausili

Vice Presidente: A. Brambilla

Sede METIS:
Grattacielo Italia - Piazza Marconi, 25 - 00144 Roma
Tel. 06 54896627 - Fax 06 54896647
metis@fimmg.org

Fondazione Pneumologia UIP Onlus

Consiglio di Amministrazione

Presidente: V. Fogliani (Milazzo, ME)

Vice presidente: G.W. Canonica (GE)

Consiglieri: A.M. Moretti (BA), M. De Palma (GE), A. Corrado (FI), G. Girbino (ME)

Coordinatore comitato scientifico: L.M. Fabbri (MO)

Sede Legale e Uffici:
Via Frua, 15 - 20146 Milano
Tel. 02 45490767/8 - Fax 02 45490769

Direzione Generale:
Carlo Zerbino
direzionegenerale@fondazionepneumologia.it

FONICAP
Forza Operativa Nazionale Interdisciplinare contro il Cancro del Polmone

Presidente: L. Portalone (RM)

Past President: G. Ferrante (NA)

Vicepresidente: M. Mezzetti (MI)

Segretario: S. Barbera (CS)

Tesoriere: F. Salvati (RM)

Consiglieri: O. Alabiso (NO), C. Casadio (NO), G. Comella (NA), A. Loizzi (BA), A. Mussi (PI), A. Santo (VR), C. Santomaggio (FI), G. Sunseri (CL)

Presidenza: VI UOC Pneumologia Oncologica, Osp. C. Forlanini
Via Portuense, 332 - 00143 Roma
Tel. 06 55552412/3 - Fax 06 55552554

Segreteria: II UOC Pneumologia, Osp. M. Santo
C. da Muoio Piccolo, 1 - 87100 Cosenza
Tel./Fax 0984 681721

INOC
Italian Nitric Oxide Club

Presidenti: G. Canonica e F. Zacchello

Vice-Presidenti: E. Baraldi e M. Vignola

Membri onorari: S. Kharitonov, IC de Jongste, PJ Sterk

Segreteria Scientifica: M. Bernareggi
(micaela.bern@qubisoft.it)
G. Cremona (cremona.george@hsr.it)

Sede: Istituto Scientifico San Raffaele,
Via Olgettina 60 - Milano
Tel. 02 26437348 - Fax 02 26437147
www.inoc.it

Lega Italiana delle Associazioni per la Lotta contro la Fibrosi Cistica

Presidente: G. Del Mare
Tel. 02 48011219

Assistente della Presidenza: M.G. Quadri
Tel. 02 48011219

Tesoriere: S. Colombi (Lazio)
Delegata alla raccolta fondi
Tel. 0774 381216

Vicepresidente: S. Chiriatti (Basilicata)
Delegato alla comunicazione esterna ed ai rapporti istituzionali
Tel. 0971 21978

Vicepresidente, Vicario e Segretario:
C. Galoppini (Toscana)
Delegato ai rapporti interni con le associazioni
Tel. 0586 810025

Vicepresidente: M. Magrì (Sicilia)
Delegato ai new media
Tel. 095 312965
Vicepresidente: P. Romeo (Palermo)
Delegato alla gestione dei servizi associativi
Tel. 091 6910524
Vicepresidente: G. Tricarico (Marche)
Delegato ai rapporti internazionali e scientifici
Tel. 071 7450600
Sede:
V.le San Michele del Carso, 4 - 20144 Milano
Tel. 02 48011219 - Fax 02 48193369

RIMAR
Associazione Riabilitazione Malattie Respiratorie

Presidente: G.G. Riario Sforza
Consiglieri: F. Olivieri di San Salvatore, E. Iseppi, C. Incorvaia
Sede:
Struttura semplice di Pneumologia Riabilitativa
Istituti Clinici di Perfezionamento
Via Bignami, 1 - 20126 Milano
Tel. 02 57993289-02 57993417
Fax 02 57993315
griariosforza@icp.mi.it

SIAIC
Società Italiana di Allergologia ed Immunologia Clinica

Presidente: G. Tonietti
Past President: G. Marone
Segretario-Tesoriere: A. Cirillo
Consiglio Direttivo: L. Aloe, A. Arsieni, P. Campi, G. Di Lorenzo, A. Ferrannini, L. Fontana, F. Indiveri, M. Ispano, G. Moscato, A. Passaleva, E. Pastorello, S. Pucci, A. Venuti
Collegio Probiviri: B. Saia, G. Piu, C. Romano
Revisori dei Conti: C. Masala, M.L. Pacor, C. Astarita
Collegio legislativo: N. Crimi, R. D'Amelio
Segreteria: A.O. Allergologia e Immunologia Clinica,
Via Tescione - 81100 Caserta
Tel. 0823 232436 - Fax 0823 232425
siaic@tin.it - www.siaic.com

SIAIP
Società Italiana di Allergologia e Immunologia Pediatrica

Presidente: A. Ugazio (RM)
Vice Presidente: G. Cavagni (PR)
Consiglio Direttivo: M. Calvani (RM), A. Muraro (PD), F. Paravati (CS), G. Pingitore (RM), P. Tovo (TO)
Segretario Generale: A. Soresina (BS)
Tesoriere: F. Paravati
Revisori dei conti: P. Meglio (RM), G.L. Marseglia (PV)
Coordinatore Rivista RIAIP: S. Miceli Sopo (RM)
Coordinatore sito web: S. Tripodi (RM)
Segreteria:
ugazio@opbg.net - www.siaip.it
Responsabile del Sito web
salvatore.tripodi@fastwebnet.it

SIFC
Società Italiana per lo studio della Fibrosi Cistica

Presidente: C. Braggion
Vice Presidente: M. Conese
Segretario del Consiglio Direttivo: Valeria Raia
Consiglio Direttivo: F. Alatri, F. Festini, R. Gagliardini, M. Seia, G. Taccetti
Commissioni permanenti:
- Commissione per la formazione e l'aggiornamento
- Commissione per la ricerca e lo sviluppo
- Commissione per l'attività editoriale ed il sito web
- Commissione per i rapporti

Gruppi professionali: Biologi, Microbiologi, Psicologi, Fisioterapisti, Infermieri, Dietisti
Sede: c/o Centro Regionale Veneto Fibrosi Cistica, P.le Stefani 1 - 37126 Verona
Tel. 045 8072293
cbraggion@qubisoft.it
Segreteria:
c/o Centro Fibrosi Cistica della Campania,
Università Federico II di Napoli,
Via S. Pansini 5 - 80131 Napoli
Tel. 081 7463273
raia@unina.it

SIMeR
Società Italiana di Medicina Respiratoria

Presidente: Cesare Saltini
Presidente eletto: Vito Brusasco
Past President: Giuseppe Girbino
Presidenti Onorari: Luigi Allegra, G. Walter Canonica, Carlo Grassi, Ernesto Pozzi
Segretario Generale: Gennaro D'Amato
Tesoriere: Renato Corsico
Consiglieri: Francesco Blasi, Stefano Centanni, Serafino Marsico, Alessandro Sanduzzi Zamparelli
Componenti Aggiunti: Crimi Nunzio, Adalberto Ciaccia, Ernesto Pozzi

Commissione sito S.I.Me.R:
Pietro Zanon responsabile, Fulvio Braido, Lorenzo Corbetta

Task-force S.I.Me.R: CarloAlbera, Mario Cazzola, Massimo Pistolesi

Presidenti dei Gruppi di Studio
Allergologia ed Immunologia: Giovanni Passalacqua

Biologia Cellulare: Carlo Vancheri

Endoscopia e Chirurgia Toracica: Lorenzo Corbetta

Clinica: Luigi Carratù

Epidemiologia: Riccardo Pistelli

Fisiopatologia Respiratoria: Giuseppe Di Maria

Infezioni e Tubercolosi: Luca Richeldi

Medicina Respiratoria del Sonno:
Giovanni Bonsignore

Miglioramento Continuo della Qualità in Pneumologia: Roberto Dal Negro

Patologia Respiratoria in età avanzata:
Vincenzo Bellia

Oncologia: Giorgio Scagliotti

Pneumologia Territoriale: Enrico Eugenio Guffanti

Revisori dei Conti: Enzo Gramiccioni, Claudio Romagnoli, Renzo Zuin

Collegio dei Probiviri: Ernesto Catena, Giuliana Gialdroni Grassi, Ciro Rampulla

Segreteria SIMER:
C/o AISC&MGR - AIM Group
Via G. Ripamonti 129 - 20141 Milano
Tel. 02 56601.875 - Fax 02 52209708
simer@aimgroup.it - www.simernet.it

SIMG
Società Italiana di Medicina Generale

Presidente: C. Cricelli (FI)
Vicepresidente: O. Brignoli (BS)
Segretario: R. Michieli (VE)
Tesoriere: I. Morgana (CT)
Consiglieri: M.S. Padula, G. Piccinocchi, A. Rossi, F. Samani
Membri di Diritto: A. Pagni
Sede nazionale: Via Del Pignoncino, 9 - 50142 Firenze
Tel. 055 700027 - Fax 055 7130315
simg@dada.it - www.simg.it
Sede di Roma: Via Arno, 3 - 00198 Roma
Tel. 068 550 445 - Fax 068 411 250
simg.sederoma@mclink.it

S.I.M.M.
Società Italiana di Medicina di Montagna

Presidente: A. Cogo

Presidente Onorario: P. Cerretelli

Consiglieri: A. Ponchio, C. Angelini, R. Misischi, M. De Ruvo, A. Tommasi, U. Vacca, G. Varcasia, H. Brugger, M. Nardin

Per informazioni ed iscrizioni:
Key Congress - Via dei Tadi 21 - 35139 Padova
Tel. 049 659 330 - Fax 0498 763 081
info@keycongress.com
Dott.ssa A. Cogo - cga@unife.it

SIMREG
Società Italiana di Medicina Respiratoria in Età Geriatrica

Consiglio Direttivo

Presidente: V. Bellia (PA)

Segretario: R. Antonelli Incalzi (RM)

Tesoriere: V. Grassi (BS)

Consiglieri: C. Giuntini (PI), G. Masotti (FI) R. Pistelli (RM), F. Rengo (NA), P. Zanon (Busto Arsizio-VA)

Sede: Istituto di Medicina Generale e Pneumologia dell'Università di Palermo
Via Trabucco, 180 - 90146 Palermo
Tel. 091 6802652 - Fax 091 6891857
simreg03@virgilio.it

SIMRI
Società Italiana per le Malattie Respiratorie Infantili

Presidente: A. Barbato (PD)

Past-President: F.M. de Benedictis (AN)

Consiglio Direttivo: F. Bernardi (BO), R. Cutrera (RM), D. Peroni (VR), F. Rusconi (FI), F. Santamaria (NA), S. Tripodi (RM)

Tesoriere: A. Capristo (NA)

Revisori dei Conti: M. Canciani (UD), F. Marcucci (PG), F. Pisetta (PD)

Direttore Scientifico: "Pneumologia Pediatrica" E. Baraldi (PD)

Responsabili Scientifici Sito web:
S. Tripodi (RM)
salvatore.tripodi@fastwebnet.it

Presidenza: barbato@pediatria.unipd.it
www.simri.it

S.I.P. SPORT
Società Italiana di Pneumologia dello Sport

Presidente: A. Todaro
Vice-Presidente: A. Satta
Segretario Generale: A. Rossi
Tesoriere: A. Turchetta
Consiglieri: L. Casali, P. Di Napoli, G. Fiorenzano, L. Ricciardi, C. Schiraldi

Sede Presidenza: c/o Prof. Antonio Todaro
Via Pezzana 108 - 00197 Roma
Tel. 06 8078200

Sede Segreteria: c/o Prof. Albino Rossi
Via Mincio 20 - 27100 Pavia
Tel. 0382 423518 - Fax 0382 423301
rossi.albino@libero.it

Le domande di iscrizione devono essere indirizzate alla Segreteria.

La quota di iscrizione è di € 26,00
c/c bancario n. 2857/31 - Banca di Roma Ag. 61
ABI 3002 CAB 03361

SITAB
Società Italiana di Tabaccologia

Presidente: G. Mangiaracina (RM)

Vice-Presidente e Tesoriere: V. Zagà (BO)

Segretario: B. Tinghino (Monza, MI)

Consiglieri: C. Chiamulera (VR), M. Del Donno (BN), D. Enea (RM), M. Laezza (BO), M. Neri (Tradate, VA), C. Poropat (TS)
www.tabaccologia.org

Aree scientifiche
- Ricerca (Centro Studi e Documentazione): C. Chiamulera (VR)
- Epidemiologia: G.B. Modonutti (TS)
- Prevenzione e Rapporti Internazionali: E. Tamang (VE)
- Oncologia: F. Salvati (RM)
- Pneumologia: M. Neri (VA), A. Nanetti (BO), A. Zanasi (BO)
- Cardiologia: P. Clavario (GE)
- Anatomia Patologica: O. Nappi (NA)
- Tossicologia e Farmacologia: L. Cima (PD)
- Dipendenze: B. Tinghino (Monza)
- Medicina Generale: G. Invernizzi (SO)
- Medicina dello Sport: A. Gombacci (TS)
- Ostetricia e Ginecologia: D. Enea (RM)
- Andrologia: A. Ledda (Chieti)
- Medicina Estetica: A. Gennai (BO)
- Chirurgia Maxillo Facciale e Odontostomatologia: S. Parascandolo (NA)
- Gastroenterologia: P. Di Maurizio (RM)
- Giurisprudenza e Uff.Legale: Avv. V. Masullo, Codacons (RM)

Referenti regionali
- Piemonte-Valle D'Aosta: E. Passanante (TO)
- Veneto: S. Vianello (VE)
- Friuli Venezia-Giulia: C. Poropat (TS)
- Liguria: L. Bancalari (SP)
- Emilia Romagna: C. Cinti (BO)
- Toscana: S. Nutini (FI)
- Umbria: A. Monaco (PG)
- Marche: S. Subiaco (AN)
- Lazio: V. Bisogni (RM)
- Campania: P. Martucci (NA)
- Abruzzo: V. Colorizio (AQ)
- Molise: S. Minotti (CB)
- Puglia: E. Sabato (BR)
- Basilicata: M. Salvatores (NA)
- Calabria: F. Romano (CS)
- Sicilia: G. Calapai (ME)
- Sardegna: Luigi Pirastu (CA)

Sede Legale:
p/o GEA Progetto Salute - onlus
Via Giorgio Scalia, 39 - 00136 Roma
Tel. 06 39722649 - TiscaliFax 178 2215662
tabaccologia@fastwebnet.it

Segreteria Generale:
B. Tinghino - Monza SERT
Tel. 039 2384744/11
sitab.milano@tiscali.it

Tesoreria e Vice-presidenza:
V. Zagà
Presidio di Pneumotisiologia-AUSL di Bologna
Tel. 051 706290
sitab.bologna@tiscali.it

Redazione Rivista "Tabaccologia":
Direttore Responsabile: G. Mangiaracina (RM)
Caporedattore: V. Zagà (BO)
vincenzo.zaga@ausl.bo.it

Sito Internet della Società Scientifica:
www.tabaccologia.org
E-Newsletter "Tabagismo & PFC" (GEA-News)
Editor: G. Mangiaracina (RM)
geanews@tabagismo.it

SOCIETÀ ITALIANA PER GLI AEROSOL IN MEDICINA

Presidente: L. Allegra

Segretario Generale: C. Terzano

Sede: c/o iDea Congress
Via della Farnesina, 224 - 00194 Roma
Tel. 06 36381573

U.I.P.
Unione Italiana per la Pneumologia

Consiglio Direttivo

Presidente: V. Fogliani (Milazzo, ME)

Vice Presidenti: A. Mangiacavallo (AG), P. Zanon (Busto Arsizio, VA)

Consiglieri: L. Allegra (MI), P. Calabrese (RM)
G.W. Canonica (GE), A. Corrado (FI)
L.M. Fabbri (MO), R. Dal Negro (Bussolengo, VR)
M. De Palma (GE), C.F. Donner (Veruno, NO)
G. Girbino (ME), C. Grassi (PV), G.P. Leoni (VR)
A.M. Moretti (BA), C.M. Sanguinetti (Roma)

Segretario tesoriere: M. Schiavina (BO)

Sede e Segreteria presso: Fondazione Pneumologia UIP Onlus
Via Frua, 15 - 20146 Milano
Tel. 02 45490767/8 - Fax 02 45490769

OptiChamber *ADVANTAGE*

Camera di inalazione per aerosol pressurizzati

Anche in Italia la nuova camera di inalazione per aerosol distribuita in esclusiva dal gruppo gsk GlaxoSmithKline



Quando

Gli spray sono dispositivi di erogazione molto diffusi nella pratica clinica, tuttavia l'efficacia terapeutica degli spray è condizionata dalla tecnica inalatoria del paziente, in particolare dalla capacità di coordinare l'erogazione e l'inalazione.

L'uso improprio degli spray può portare a:

- riduzione dell'efficacia del farmaco
- deposizione orofaringea del farmaco con eventi indesiderati connessi
- maggior consumo di farmaco per compensare la ridotta efficacia

Come

OptiChamber Advantage 218 ml il volume ottimale per assicurare:

Superiore formazione di particelle fini
rispetto alle camere di inalazione di minore volume (AeroChamber® = 145 ml) [1]

Superiore compliance
rispetto alle camere di inalazione di maggiore volume (Volumatic® = 750 ml) [2]

Superiore rapidità nel migliorare la funzionalità respiratoria
rispetto ai nebulizzatori jet [2]

Oltre l'efficienza la praticità d'uso

La **valvola brevettata** 1 impedisce all'aria espirata di penetrare nella camera d'inalazione.

La **ghiera** 2 con i fori assicura che l'aria espirata dal paziente non diluisca la miscela farmaco-aria contenuta nella camera.

Boccaglio trasparente 3 per un facile conteggio degli atti inspiratori valutati in funzione dei movimenti della valvola

Valvola ad alta sensibilità 4 per rispondere anche ai flussi respiratori più bassi

Dimensioni ottimali 5 per assicurare l'inalazione delle particelle di piccole dimensioni e ingombro contenuto per garantire la praticità d'uso. Volume 218 ml, lunghezza 13 cm, diametro 4,7 cm

Camera trasparente 6 in policarbonato ad alta resistenza lavabile

Segnalatore acustico 7 segnala i flussi inspiratori troppo alti con un suono per una corretta velocità di inspirazione.

Adattatore 8 per garantire l'ottimale posizionamento di un'ampia varietà di MDI



Perchè

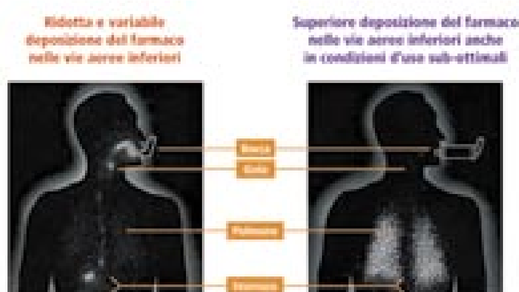
OptiChamber Advantage Riduce la variabilità della dose inalata [1]:

- attenua gli effetti del ritardo di inalazione
- compensa la diversa velocità di inalazione

Massimizza l'inalazione di farmaco sotto forma di particelle di piccole dimensioni (<5,8 µm) [1]:

- maggiore deposizione nelle vie aeree inferiori con aumento della rapidità [2] e dell'efficienza terapeutica [1]

Riduce la deposizione nell'orofaringe con riduzione degli effetti collaterali (e.g. candidiasi orali da corticosteroidi) [1]



BIBLIOGRAFIA

[1] Dalby RN et al. Evaluation of aerosol drug output from the OptiChamberTM and AeroChamber® spacers in model system. Journal of Asthma 1998; 35 (2): 173-177.

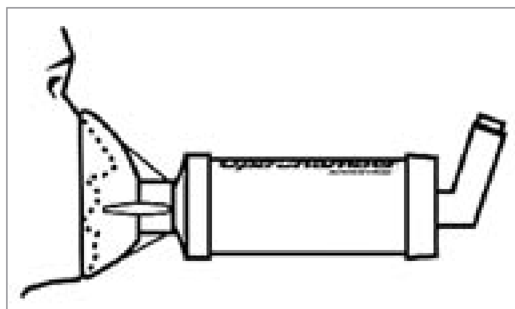
[2] Gibson PG. Drug delivery in asthma: a comparison of spacers with a jet nebuliser. Aust NZ J Med 1999; 25: 324-329.

GlaxoSmithKline
Via A. Fleming, 2 - 37135 Verona
Tel. 045 9218111 - Fax 045/9218388
www.gsk.it

Maschera OptiChamber
ADVANTAGE



Nei pazienti non complianti, quali anziani disorientati o pazienti con fiato corto per attacchi di asma grave, per un'efficace inalazione [1]
Applicare la maschera sul boccaglio della camera inalatoria OptiChamber Advantage finché non si fissa saldamente. Pressare e tenere la maschera sul viso per almeno 6 respiri dopo aver attivato lo spray.



Istruzioni per la pulizia
Lavare la maschera con acqua e sapone delicato. Sciacquare e lasciar asciugare all'aria.

GlaxoSmithKline
Via A. Fleming, 2 - 37135 Verona
Tel. 045 9218111 - Fax 045/9218388
www.gsk.it

ZAN 600 USB (Gruppo Ferraris). Prova da sforzo Cardiopolmonare Breath By Breath di nuova generazione



Ergospirometro supercompatto con connessione USB 2 rapida, facilmente allacciabile anche ai PC portatili di ultima generazione. I nuovi carrelli della serie 260 rendono invece facile e comoda la collocazione della stazione fissa all'interno del vostro laboratorio.
Il software in dotazione, veramente flessibile e user-friendly, vi guida attraverso ogni fase del test in maniera semplice ed intuitiva: inserimento dati paziente, calibrazione, scelta del protocollo, preparazione, riscaldamento, carico, recupero, analisi dei risultati, interpretazione e stampa.
Per garantire l'affidabilità del test in ogni condizione d'uso (dalla riabilitazione all'ambito sportivo), il software effettua un controllo di qualità dinamico su ogni singolo atto respiratorio, mostrando costantemente il risultato sul monitor.
Lo strumento è caratterizzato da analizzatori rapidi di CO_2 e O_2 senza manutenzione e da uno pneumotacografo differenziale leggero e a basso spazio morto, insensibile anche all'eventuale contatto con il fluido orale.
Grazie a queste caratteristiche, il consumo di O_2 é determinato con la massima accuratezza anche nel caso di elevate prestazioni sportive.
Determinazione automatica della soglia anaerobica AT, VO_2max, VO_2peak, $\Delta VO_2/\Delta W$, F/V loop, HR, ST level, Performance massimale, Metabolismo basale, Training, gestione ergometri e dispositivi esterni, sono soltanto alcune delle numerose potenzialità del modulo ZAN 600 USB, facilmente allacciabile alla rete ospedaliera.
Lo ZAN 600 USB, assieme all'ECG integrato a 12 derivazioni opzionale, assicura una valutazione facile e completa del distretto cardiopolmonare.
Per facilitare le conclusioni finali è disponibile un sistema di interpretazione automatica interattiva (di Omri Inbar), basato sull'analisi di dodici grafici cardiorespiratori rapportati alle zone di normalità specifiche del soggetto in esame.
Potete ampliare il vostro ZAN 600 in ogni momento e secondo il budget disponibile. Consultate il nostro sito o chiedeteci una dimostrazione.

Morgan Italia Srl
Via Gramsci, 20
40068 San Lazzaro di Savena (BO)
Tel 051 454200, fax 051 460247
Email: info@morganitalia.com
Sito internet: www.morganitalia.com

2006

5-8 aprile Reggio Calabria
8^ congresso Nazionale SIAIP
iDea Congress ecc...

19-23 aprile Antalya, TR
9th Annual Congress. Turkish Thoracic Society
Figur Congress - Istanbul
Tel. +90 2122586020 - Fax +90 2122586078
toraks@figur.net - www.toraks.org.tr

22-25 aprile Tenerife, E
IV European Asthma Congress
Congress Secretariat, Moscow, Russia
Tel. +7 095 7351414 - Fax +7 095 7351441
info@wipocis.org - www.immunopathology.org

25-26 aprile Vilnius, LT
6th International Bronchial Asthma & 3rd International Orphan Pulmonology Conference-School
Vilnius City University Hospital - Vilnius
arval@takas.lt - www.pulmonology.lt

27-28 aprile Parigi, F
Haemodynamic Monitoring in Shock and Implications for Management
Colloquium - Parigi
Tel. +33 144641515
ICC2006@coloquium.fr www.srlf.org

28 aprile Lignano Sabbiadoro (UD)
La ventilazione non invasiva nell'insufficienza respiratoria acuta: dal territorio al dipartimento di emergenza
AlphaStudio, Trieste
Tel. 040 7600101 - Fax 040 7600123
info@alphastudio.it

28-29 aprile Napoli
Il management del Paziente Respiratorio
IDea Congress Srl, Roma
Tel 06 36381573 Fax 06 36307682
m.campoli@ideacpa.com www.ideacpa.com

4-6 maggio Napoli
CHEST Capitolo Italiano, Congresso Nazionale
G.P. Pubbliche Relazioni s.r.l.
Tel. 081 401201-412835 - Fax 081 404036
info@gpcongress.com

5 maggio Lanciano
Apparato respiratorio e chirurgia
La valutazione pre-operatoria del paziente pneumopatico
Eye Srl
Tel. 328 4314770 / 329 4463599 - Fax 0872 728378
info@eyesrl.it - www.eyesrl.it

10-12 maggio Praga, CZ
EFA Conference 2006
Guarant - Praga
Tel. +420 284001444 - Fax +420 284001448
EFA2006@GUARANT.CZ

19-20 Maggio Cagliari
2° Giornata Sarda di Allergologia
Mael Srl
Tel. 055 2373684 - Fax 055 2374947
m.c@maelweb.it www.maelweb.it

19-24 maggio San Diego
ATS 2006
American Thoracic Society
Tel. +1 2123158658 - Fax +1 212/315-8653
ats2006@thoracic.org - www.thoracic.org

1-3 giugno Varsavia, PL
Pulmonary Circulation 2006
IWENT – Varsavia
Tel. +48 224821122
iwent@hot.pl www.pc2006.ptkardio.pl

8-10 giugno Benevento
XLI Edizione - XIII Seminario
Gli equilibri in medicina interna. La patologia dell'area critica
Ass. Scient. "Incontri al Fatebenefratelli", Benevento
Tel. 0824 771329
sgambato@lycos.it

10-14 giugno Vienna, A
XXV Congress of the European Academy of Allergology and Clinical Immunology Annual Meeting
Congrex Sweden AB, EAACI 2006, Sweden
Tel. +1 46 8 459 66 00 - Fax +1 46 8 661 91 25
eaaci2006@congrex.se - www.congrex.com/eaaci2006

13-15 giugno Québec, CDN
International Symposium on Cardiopulmonary Prevention/Rehabilitation
info@symposiumrehabilitation.org www.symposiumrehabilitation.org

15-18 giugno Hradec Kralové, CZ
13th Congress of Czech and Slovak Pneumological and Phthysiological Societies
Dept. of Respiratory Diseases
Tel. +420 605790706
vitahk@seznam.cz

17-19 giugno Coimbra, P
10th International Conference on Bronchoalveolar Lavage
Pcta. Mota Pinto - Coimbra
Tel./Fax +351 239836262
Centro.pneumologia@webside.pt
www.uc.pt/pneumo/10bal/

18-21 giugno Praga, CZ
10th Central European Lung Cancer Conference
Conference Partners - Praga
Tel. +420 224262109 - Fax +420 224261703
celcc@conference.cz - www.conference.cz

22-24 giugno Catania
3rd International WASOG Conferences on Diffuse Lung Diseases
AISC&MGR AIM Group, Milano
Tel. 02 566011 - Fax 02 56609045
wasog2006@aimgroup.it - www.aimgroup.it

3-7 luglio Cancun, MEX
V Asociacion LatinoAmericana de Torax Congress
Intermeeting - Mexico
Tel. +52 5536 8151 - Fax +52 5536 7309
imeeting@infosel.net.mx - www.alatorax.com

15-18 luglio Losanna, CH
XVIII World Congress of Asthma
Conventus of Switzerland - Nyon, CH
Tel. +41 22 9068570 - Fax +41 22 9068575
congress@conventus-swiss.com - www.worldasthma06.ch

19-22 agosto **Buenos Aires, AG**
14th Latin American Congress of Allergy, Asthma and Immunology
AACI Association - Buenos Aires
Tel./Fax +5411 4334 7680
latamcong@alergia.org.ar

2-6 settembre **Monaco, D**
16th ERS - European Respiratory Society Annual Congress
ERS - Lausanne, CH
Tel. +41 212130101 - Fax +41 212130100
info@ersnet.org - www.ersnet.org

4-7 ottobre **Firenze**
7° Congresso Nazionale della Pneumologia
AISC&MGR - AIM Group - Milano
Tel. 02 566011 - Fax 02 56609045
Uip2006@aimgroup.it - www.aimgroup.it/2006/uip

13 ottobre **Bassano del Grappa (VI)**
Corso di aggiornamento Malattie Linfoidi del Polmone
Effe Emme sas
Tel. 0444 321755 Fax 0444 1835202
anna@e4a.it

21-26 ottobre **Salt Lake City, USA**
CHEST 2006
American College of Chest Physicians
Tel. 800 3432227 - Fax 847 4981400
ww.chestnet.org

25-28 ottobre **Cittadella**
2^ Corso teorico-pratico di assistenza domiciliare respiratoria
Euroconventions, Piacenza
Tel. 0523 335732 - Fax 0523 334997
info@euroconventions.it - www.euroconventions.it

28 ottobre **Spoleto**
VI^ Congresso AIPO, Sezione interregionale centro-adriatica.
Criticità in pneumologia: confronto e soluzioni.
Ellepi Congressi, Roma
Tel. 06 42012013 - Fax 06 64961201
aipospoleto@lpcomunicazione.it

10–15 novembre **Philadelphia, USA**
American College of Allergy, Asthma and Immunology (ACAAI)
Annual Meeting
mail@acaai.org - www.acaai.org

13-15 novembre/27-29 novembre **Ferrara**
Evidence-Based Pneumology - II° Workshop 2006
Evento MIDIA - Monza
Tel. 039 2304440 - Fax 039 2304442
midia@midiaonline.it - www.midiaonline.it



Malattie Allergiche Respiratorie Broncopneumopatia Crinica Ostruttiva

ASMA BRONCHIALE, RINITE, BPCO

La patologia ostruttiva respiratoria alle soglie del terzo millennio

Gennaro D'Amato

Le patologie allergiche presentano complessi fenomeni di correlazione soprattutto in ambito respiratorio. Rinite allergica e asma sono tra le patologie per le quali I rapporti di correlazione sono stati meglio studiati e definiti, tanto da modificare profondamente l'approccio diagnostico e terapeutico.
Scopo di questo manuale è quello di fornire, a Medici Specialisti e a Medici di Medicina Generale con interesse per la Pneumologia e l'Allergologia Respiratoria, un aggiornamento sulle attuali conoscenze riguardanti patogenesi, fattori di rischio, epidemiologia, percorsi diagnostici e terapeutici di asma bronchiale e rinite allergica, con un approccio basato sull'evidenza ed una ricca documentazione bibliografica.
L'autorevolezza scientifica dei contenuti è assicurata dalla vastissima pratica clinica, di ricerca e di insegnamento dell'Autore, e dal suo alto profilo di esperto internazionale di patologie respiratorie e di allergologia respiratoria: il Prof. Gennaro D'Amato è membro dell'European Academy of Allergology and Clinical Immunology, dell'European Respiratory Society, dei Committees "Air pollution and Respiratory Allergy" and "Aerobiology" dell'American Academy of Allergy, Asthma and Immunology; ed è presidente del Gruppo "Environment, Pollution and Respiratory Allergy" della European Academy of Allergy and Clinical Immunology.
È segretario generale della Società Italiana di Medicina Respiratoria (SIMeR). Il libro "Asma Bronchiale, Allergologia Respiratoria e BPCO"
– orienta un qualificato aggiornamento delle conoscenze relative ai meccanismi fisiopatologici di rinite, asma e BPCO, alla storia naturale di queste patologie e ai fenomeni che ne facilitano la comparsa;
– illustra le più recenti metodiche di indagine di asma e rinite, con una particolare attenzione agli aspetti di correlazione tra le due patologie, l'utilità clinica di alcuni esami di recente introduzione per lo studio della flogosi bronchiale e l'applicazione degli accertamenti diagnostici nella diagnosi differenziale del wheezing del bambino;
– discute della prevenzione ambientale, del trattamento farmacologico ed immunoterapeutico di asma bronchiale e rinite basato sulle più recenti linee guida internazionali GINA e ARIA e del corretto uso di dispositivi per via inalatoria.

Mediserve Communications
Napoli, 2006
400 pagine
€ 95,00



Ossigenoterapia domiciliare a lungo termine in Italia

Il valore aggiunto della telemedicina

R.W. Dal Negro, A.I. Goldberg (Eds)

La gestione domiciliare dell'assistenza medica, infermieristica e terapeutica a favore dell'insufficienza respiratoria cronica è stata introdotta nel nostro Paese ormai da circa venti anni.
Nei sistemi sanitari più evoluti, lo sviluppo di nuove strategie terapeutiche e la minimizzazione dei costi diretti ed indiretti costituiscono ormai obiettivi fondamentali ed imprescindibili nella gestione delle malattie croniche, soprattutto per quelle caratterizzate da un grado elevato di disabilità.

E l'insufficienza respiratoria cronica rappresenta senza dubbio un paradigma di queste forme morbose, sia in termini di impatto clinico, che di diffusione territoriale.
Il presente volume descrive l'evoluzione delle strategie di intervento nella gestione domiciliare dell'insufficienza respiratoria cronica in Italia dalla fine degli anni '80 ad oggi. Sono stati analizzati gli aspetti epidemiologici (prevalenza, incidenza, cause di complicanza, sopravvivenza), i diversi sistemi per la somministrazione dell'ossigeno e le interfacce, il ruolo del nursing, i rapporti con i care-giver, la qualità di vita dei pazienti domiciliarizzati, le loro aspettative, quelle delle loro famiglie e dei loro medici.
Sono state prese in esame le opportunità di intervento consentite oggi dalla telemedicina, opportunità sempre più guardata come la migliore e più conveniente strategia gestionale per questo genere di necessità.
È stato infine valutato anche l'impatto economico della gestione telemetrica e, per la prima volta in questo ambito specialistico, sono stati analizzati anche i percorsi per la qualità dei processi assistenziali correlati ad tale modello gestionale.
In definitiva, un documento che ha analizzato i dati già esistenti su un problema sanitario assai complesso e sempre più attuale, ma che, facendo tesoro dell'esperienza passata, indica, privilegiandoli, gli orientamenti futuri.
Il presente volume, nella sua versione originale in lingua inglese, è stato presentato ufficialmente dal referente dell' International e-Network Commettee dell'ACCP in occasione dell'Annual Meeting tenutosi a Montreal lo scorso ottobre, ottenendo un'entusiastica accettazione da parte dei membri del College.

Springer
Milano, 2006
174 pagine
€ 62,95



Il test da sforzo cardiopolmonare

Manuale di interpretazione

Presentazione di
Karlman Wasserman

Romualdo Belardinelli

Il Dott. Belardinelli è un eccellente cardiologo che ha effettuato ricerca nel settore della fisiologia dell'esercizio e della cardiologia per più di 15 anni. La sua ricerca sul test cardiopolmonare (CPET) in pazienti con ischemia miocardica, scompenso cardiaco e cardiologia riabilitativa è considerata molto importante dagli addetti ai lavori. Il Dott. Belardinelli riconosce l'importanza di insegnare ai medici il corretto uso del test cardiopolmonare a fini diagnostici e prognostici, e fa parte della Direzione della Società Internazionale di Ricerca ed Educazione sulla Intolleranza all'Esercizio (ISEIRE) che organizza un Corso annuale in Europa. In tutti questi anni, il Dott. Belardinelli ha dato un contributo unico all'insegnamento del test cardiopolmonare. Egli ha scritto questo libro informativo e didattico rivolto ai medici Italiani, cercando di trasmettere loro tutto ciò che egli ha imparato in questi anni, in modo da fornire gli elementi per la corretta esecuzione e interpretazione del test cardiopolmonare. Inoltre, egli ha pubblicato studi scientifici che dimostrano il valore del test cardiopolmonare nel definire la severità dello scompenso cardiaco e di stratificare la prognosi. Questi risultati sono oggi utilizzati dai medici non solo nel processo diagnostico, ma anche nel processo di clinical decision making.
Il libro è diviso in sezioni secondo un filo logico, iniziando dalla metodologia e dalle misurazioni che possono essere effettuate mediante il test cardiopolmonare, in modo da fornire i parametri necessari alla valutazione delle risposte del cuore, dei polmoni, della



Il quarto libro di Iodice in regalo allo stand LINDE MEDICALE al Congresso CHEST ACCP Capitolo Italiano Napoli, 4-6 maggio

MIDIA EDIZIONI

circolazione e della muscolatura in condizioni di normalità e di patologia. Vengono discussi i meccanismi fisiologici fondamentali dell'esercizio e le variazioni specifiche di varie condizioni patologiche. Sono stati selezionati 30 casi clinici, che mostrano pattern di diverse malattie e applicazioni di diversi protocolli di esercizio, come ad esempio le differenze e le similitudini tra test da sforzo su cicloergometro e su treadmill. Alla fine, conclude il libro un'Appendice in cui sono evidenziate alcune applicazioni specifiche, quali, tra le altre, il training fisico in riabilitazione cardiologia e il calcolo della scelta dell'intensità del training.
Questo libro rappresenta un importante focus in cardiologia, in quanto vengono fornite in modo chiaro importanti informazioni del test cardiopolmonare utili alla diagnosi e alla classificazione del deficit funzionale in diverse patologie cardiache. Inoltre, processi metabolici e patologie polmonari vengono trattati in modo semplice ed approfondito.
Gli esempi clinici sono presentati sotto forma del display a 9 grafici che consente al lettore di visualizzare in un colpo solo le risposte del cuore, della circolazione sistemica e polmonare, dei polmoni e della "respirazione" muscolare aerobica ed anaerobica. Questo è un libro pratico che dovrebbe contribuire in modo significativo alla pratica clinica, attraverso un'esauriente trattazione delle funzioni cardiocircolatoria, respiratoria e metabolica in condizioni di normalità e di differenti patologie di comune riscontro.

(dalla presentazione di Karlman Wasserman)

Midia Edizioni
Monza, 2006
304 pagine
€ 65,00

Un culo di ferro

Francesco Iodice

Nella vita si occupano gli spazi lasciati vuoti dagli altri; il lavoro è potere, il lavoro è di chi lo fa.

Lo riconobbi appena sceso dalla circolare 25 nella grande piazza sul lungomare: era il mio redattore di riferimento al giornale negli anni della mia vita universitaria. Stava seduto con un viso malinconico e lo sguardo nel vuoto su una panchina nei giardini, dove troneggiava la statua di Carlo Nicotera; sembrava invecchiato sì, ma i tratti di chi mi aveva guidato nell'apprendistato giornalistico (prima alla redazione sportiva , poi a quella delle provincie) erano gli stessi di quei formidabili anni '50.
Mi avvicinai, timidamente, quasi con rispetto, come facevo allora; lo salutai con la mano ma non mi riconobbe subito – si sa, con il passare degli anni... – per cui gli andai incontro con le braccia aperte, volevo abbracciarlo (ma non per baciarlo, come detta l'abitudine inflazionata dei giorni nostri).
Finalmente capì chi ero.
– Uè, Franchetiè, che piacere rivedere il mio caro corrispondente da C., come stai e che ci fai qui? – mi disse con quel sorriso che ben conoscevo, a metà strada fra lo sfottò e la benevolenza (mi ricordava sempre – ma in modo simpatico – che lui era cittadino, mentre io venivo dalla rustica campagna).
"Sto benissimo, torno a casa e tu?", risposi emozionato, abbracciandolo.
– E comme aggia stà, comme 'a nu pensionato; al giornale mandarono a casa tutti quelli che avevano compiuto 55 anni, per cui, pensa un po', dovetti smettere di lavorare proprio quando stavo dinto 'o meglio della condizione fisica e mentale. Ma, sai, 'o svecchiamento, gli esuberi e compagnia cantante, c'era crisi... e c'è ancora.
In redazione mi hanno sempre boicottato, non mi hanno mai consentito di esprimermi come volevo, e sapevo; quando uno non è ruffiano, non dice sempre sì (oggi si chiamano yesmen) è difficile che faccia carriera. Pensa, sono andato via come semplice redattore –.
Tanta amarezza mi fece capire l'espressione mesta del suo volto e cercai di incoraggiarlo: " Eppure eri molto bravo, intelligente, colto, scrivevi commedie, facevi il regista, ...".
Lui sorrise, mi guardò intensamente, eresse il capo e poggiò le mani sulle ginocchia (come montando in cattedra): – Dici che sono colto? E a che serve la cultura senza cazzimma? Nell'ambiente di lavoro, è pazzo chi dice quello che pensa ed è sempre fottuto dai furbi che pensano, non parlano e, quando aprono la bocca, dicono solo cose che possono rivelarsi utili per loro –.
"Non lo dire a me che sono tale e quale a te. Ma, levami una curiosità: come mai un giornalista, grigio e insignificante come quel Frola, riuscì a diventare Capo del Dipartimento della Cultura, dello Sport e del Turismo (CST)?".
Quello era un «culo di ferro» - rispose lapidario il mio ex capo. Ebbe un moto di stizza che gli fece riassettare – è il caso di dirlo – il culo sulla panchina.
" Che cosa vuoi dire?".
– Devi sapere una cosa, Frola stava giornate intere seduto alla scrivania in una stanza proprio di fronte a quella del direttore – una posizione estremamente strategica – e, quando Lui usciva sul corridoio, se lo trovava immancabilmente di fronte, non poteva non vederlo: «Hanno ucciso una guardia giurata a S., chi va a fare il servizio?», "Io, signor Direttore!", «Bisogna fare un'inchiesta a F. dove sono finiti in manette

due assessori comunali», "Vado io, signor Direttore!", «Oggi sto senza macchina, chi mi dà uno strappo?», "Ma, naturalmente io, signor Direttore!...

– E fu così che, quando il dipartimento CST rimase senza il responsabile, perché collocato in pensione, il primo nome che venne in mente al Gran Capo fu quello di Frola.

Lo incontrai un giorno allo stadio e quella faccia di c..., con un risolino idiota, mi disse: "Caro mio, nella vita bisogna agire con tempestività e occupare gli spazi lasciati liberi dagli altri; il lavoro bisogna cercarselo, senza aspettare che piova dal cielo! Tenacia ci vuole, tenacia". Ma durò poco: dopo sei mesi cambiò il direttore e Frola fu spedito a dirigere una piccola redazione periferica; per pochi giorni di potere, aveva dovuto fare il leccaculo per più di dieci anni. Ne valeva la pena? –

"Non te la prendere" lo rincuorai, "dappertutto è la stessa cosa, succede anche da me in ospedale. Però, a pensarci bene, hai ragione: Frola fottette tutti con il suo presenzialismo. Ecco perché il principe di Talleyrand soleva dire ai suoi: «Et surtout, pas de zèle», e mi raccomando non siate troppo zelanti; temeva i collaboratori competitivi ed i carrieristi «culidiferro»".

– Oddio, a dire il vero, un grande lavoratore Talleyrand non era; non per niente era anche principe di Benevento! – commentò dottamente il giornalista in quiescenza.

In lontananza comparve la circolare 24, fermava proprio sotto casa mia e, prima che giungesse, dissi al mio antico capo: "Ora debbo scappare, ci vediamo qualche volta?".

– Certo, ti inviterò in campagna: mia moglie farà le pizze e tu la solita montagna di carciofi dorati e fritti, la tua specialità. Verrai? –

"Certo che verrò, non ti preoccupare" e, gridando dallo staffone del tram, aggiunsi, "Porterò panza e presenza!".



CONGRESSO NAZIONALE DELLA PNEUMOLOGIA

Firenze, 4-7 ottobre 2006



Unione Italiana per la Pneumologia



Organizzato da S.I.Me.R.
Società Italiana di
Medicina Respiratoria

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA
AISC & MGR S.r.l. - AIM Group
Sede di Milano:
via G. Ripamonti 129 - 20141 Milano
tel. 0256601.1, fax 0256609045
e-mail: uip2006@aimgroup.it
http://www.aimgroup.it/2006/uip

LA POESIA

'A pace

Evoluzione del pensiero da "si vis pacem para bellum" fino a "si vis pacem, para pacem"

Franscesco Sgambato

Tutti dicimmo ch' è 'na cosa santa,
tutti dicimmo che nun po' mancà,
d'accordo ce trovammo tutt'quant'!
Ma che facimmo pe ce 'a cunservà?

Nuje simme sempe pronti a fa' questione,
nun ce va niente buono d' 'o vicino,
tenimmo 'a radio alta p' 'a canzone
e po': "è sempe isso che stà a ffà casino".

Cercammo sempe tutte 'e colpe 'e l'ate,
mai che dicessimo: "Fosse colpa mia?"
e po', quann' ce simmo 'ntussecat',
perdimmo 'o suonn pe' l'appecundria.

"La guerra è guerra" dice l'istruito,
"si vis pacem, apprepara 'a guerra";
e proprio pe' segui' 'a stu rimbambito
ce truvammo po' ccà c' 'o culo 'nterra.

"Si tu vuo' a pace, apprepara 'a pace"!
Nun tte sunna' chi dice 'e fesserie,
so sicuro ca po' nun te dispiace
si te scuorde rancori e gelosie.

Doppe te siente certo cchiù leggiero,
te vene quasi 'o genio 'e fa 'na danza,
te scuorde 'o male, fatto c' 'o pensiero,
te lieve chillo piso a 'ncopp 'a panza.

'A quiete tene sempe cchiù valore,
chello che conta è che 'sta pace è fatta.
Te costa? e che te 'mporta, fa 'o signore!
Te vale e cchiù, pure si s' accatta.

E si p' 'a pace s' ha da esse' a duje
e chillo nun tene nisciuna intenzione,
conviene ca te sfuorze e ca te struje
finchè nun truovi 'a giusta soluzione.

E che te costa a fa' 'a primma mossa?
Nun c' è bisogno ca te mitte scuorno,
falle pe' primmo tu chillo surriso
a tutta 'a gente, ca nun rire, attuorno.

Certe vote, però, comme se fa?
si chillo tene 'nu carattere strano
ca proprio nun se riesce a suppurta'?:
"Tu facce pace e po' ... stacce luntano"

Franscesco Sgambato
Divisione di Medicina Interna, Ospedale "Sacro Cuore di Gesù" Fatebenefratelli, Benevento

Lo spazio "la poesia" è aperto a tutti i lettori di Pneumorama, medici e non, purché "poeti".

Paolo Cervi Kervischer

Cervi Kervischer

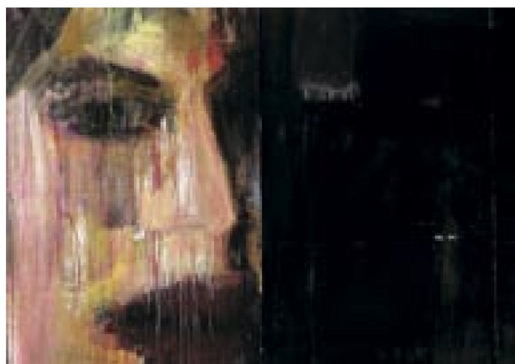
Paolo Cervi Kervischer, nato a Trieste nel 1951
1969-77 studi con Nino Perizi
1977-81 diploma in pittura all'Accademia di belle Arti di Venezia con Emilio Vedova.
Vive e lavora a Trieste.

...Una ratio che per un pittore come Paolo non risulta, credo, distante da quella cui alludeva un secolo fa Georg Simmel, quando affermava che "a parte il volto umano, non vi è al mondo nessuna figura che permetta a una così grande molteplicità di forme e di piani di fondersi in un'unità di senso così assoluta[1]".
Un'arte simile, pur senza perdere la gioia della propria fisicità, non può vivere in superficie, sguazzando nelle trasparenti e insipide acque distillate delle vetrine di galleria o nel compiacimento autoreferenziale di troppe biennali, spesso assimilabili alla pochezza di altre realtà che un poeta smascherava già trent'anni or sono senza soddisfazione alcuna: "Manovre, congiure, intrighi, intrallazzi di Palazzo passano per avvenimenti seri. Mentre per uno sguardo appena un po' disinteressato non sono che contorcimenti tragicomici e, naturalmente, furbeschi e indegni[2]".
Un'arte simile vive di turbamento, e i grandi ritratti di Cervi Kervischer inquietano. Inquietano nella loro riproposta di quella che è la poetica di Paolo da sempre: nello sdoppiamento di questi dittici ogni volto è di fronte allo spazio oscuro in cui si annida la ragione della sua esistenza o la prova della sua completa assurdità.
Nel coraggio di esplorare questo dubbio, la condizione del pittore e di ogni uomo o donna che ci fissa dalla tele è semplicemente quella di un artista, ovvero di una persona, che non si accontenta delle prospettive virtuali di "un oggi arrangiato[3]".

Fulvio Dell'Agnese



Jadis, si je me souviens bien
120x160 cm dittico, acrilico su tela, € 4200,00



Ci si domanda ancora
120x160 cm dittico, acrilico su tela, € 4200,00



The hand that signed (Dylan Thomas)
80x120 cm dittico, acrilico su tela, € 4200,00

1 G. Simmel, Der Begriff und die Tragoedie der Kultur, cit. in J. Clair, De Immundo, p. 84.
2 P.P. Pasolini, Lettere luterane, Torino, Einaudi, 2003 [1976], p. 184.
3 P.P. Pasolini, Lettere luterane, p. 184.



Hymne à la beauté (a Baudelaire)
120x160 cm, acrilico su tela, € 4200,00



Oisive jeunesse
120x140 cm, acrilico su tela, € 4200,00



Corpi vaganti, 20x25 cm, terre, vinil su cartone, € 720,00



Corpi vaganti, 20x25 cm, terre, vinil su cartone, € 720,00



Corpi vaganti, 20x25 cm, terre, vinil su cartone, € 720,00

I prezzi delle opere esposte sono comprensivi di IVA e spese di trasporto sul territorio nazionale.



Corpi vaganti, 20x25 cm, terre, vinil su cartone, € 720,00

MidiaArte è una attività di Midia srl che propone ai lettori di PNEUMORAMA una galleria virtuale. Chi fosse interessato all'acquisto delle opere "esposte" (se disponibili) e ad altre dello stesso artista può rivolgersi a MIDIA allo 039 2304440, inviare un fax allo 039 2304442, una e-mail a midia@midiaonline.it

Carricante, chi era costui?

Sandro Amaducci

La Sicilia, dal punto di vista vinicolo, ha avuto una storia assai controversa.
Nota un tempo, ai più, come terra del marsala e dei vini da taglio mercificati nei porti francesi, si è poi trasformata negli scorsi anni in una California mediterranea.
Sotto l'impulso di aziende assai dinamiche ma forse troppo "furbe" si è caratterizzata con vitigni internazionali che non appartengono certo al suo territorio.
Ed ecco il Cabernet, lo Shiraz, il Chardonnay. Persino il Fiano di Avellino trova una delle sue massime espressioni quaggiù.
Ed i vitigni autoctoni? Tutti ormai conosceranno il nero d'Avola... ma pochi sanno dei vitigni che si abbarbicano intorno al suo vulcano principe.
La zona etnea presenta un microclima particolare ed unico nell'isola: la vicinanza del mare, il terreno vulcanico, l'altitudine e l'esposizione ne fanno un'isola nell'isola.
E quindi gloria all'Etna bianco: il Carricante, così diverso dagli altri vini bianchi siciliani! Fresco, vibrante, minerale, essenziale ma anche di grande complessità evolutiva e quindi di grande piacere nell'invecchiamento.
Il suo nome deriva da "carico", abbondante nella produzione: infatti fino al secolo scorso era coltivato in tutta l'isola. Poi "la moda dei vitigni alla moda" l'ha isolato sull'Etna e lì, dalla sua roccia, ha tratto la sua massima espressione.
E gloria all'Etna rosso: il Nerello Mascalese, Nerello Cappuccio, Minnella.
La scintilla del Carricante e dei rossi etnei non sarebbe scoccata però se non ci fosse stato Benanti. Il "cavalier" Giuseppe è un poliedrico imprenditore. Dalla compagnia farmaceutica Sifi a sponsor del FAI locale e di restauri di dipinti e sculture a gestore di wine bar ma soprattutto appassionato di vini, dal 1988 si è interessato al rilancio dell'azienda vinicola di famiglia dando inizio ad un'approfondita selezione dei terreni etnei e alla ricerca di particolari cloni,attraverso i quali riprodurre le antiche fragranze.
Ed ecco i capolavori: Etna bianco Pietramarina 2001... solo 10.000 bottiglie introvabili e l'Etna rosso Rovittello 2001... solo altre introvabili 10.000 bottiglie. Profumi complessi e profondi che si scioglieranno nel tempo! I migliori vini siciliani anche in un'ottica di prezzo/qualità.

Cantine Benanti
Via G.Garibaldi 475 - Viagrande Catania
benanti@vinicolabenanti.it



TOBI®

Tobramicina soluzione da nebulizzare

RIASSUNTO DELLE CARATTERISTICHE DEL PRODOTTO

1. DENOMINAZIONE DELLA SPECIALITÀ MEDICINALE

TOBI® 300 mg/5 ml soluzione da nebulizzare

2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA

Una fiala da 5 ml contiene tobramicina 300 mg corrispondente ad una singola dose. Per gli eccipienti si veda il par. 6.1.

3. FORMA FARMACEUTICA

Soluzione da nebulizzare. Soluzione limpida, di colore giallino.

4. INFORMAZIONI CLINICHE

4.1 Indicazioni terapeutiche

Terapia di lungo periodo dell'infezione polmonare cronica dovuta a *Pseudomonas aeruginosa* nei pazienti di età non inferiore ai 6 anni affetti da fibrosi cistica (FC). Deve essere tenuta in considerazione la linea guida ufficiale sull'uso appropriato degli agenti antibatterici.

4.2 Posologia e modo di somministrazione

TOBI® è destinato all'uso tramite inalazione e non all'uso parenterale.

Posologia La dose raccomandata per adulti e bambini è pari ad una fiala due volte al giorno (b.i.d.) per un periodo di 28 giorni. L'intervallo tra le due dosi deve essere il più vicino possibile alle 12 ore e comunque non inferiore alle 6 ore. Dopo 28 giorni di terapia i pazienti devono interrompere la terapia con TOBI® per i 28 giorni successivi. Si deve rispettare un ciclo di 28 giorni di terapia, seguito da 28 giorni di interruzione del trattamento. Il dosaggio non è stabilito in base al peso. È previsto che tutti i pazienti ricevano una fiala di TOBI® (300 mg di tobramicina) due volte al giorno. Studi clinici controllati, condotti per un periodo di 6 mesi usando il seguente regime di dosaggio di TOBI®, hanno dimostrato che il miglioramento della funzione polmonare si è mantenuto al di sopra del valore iniziale anche nel corso dei periodi di interruzione di 28 giorni.

Regime di dosaggio di TOBI® negli studi clinici controllati

Ciclo 1

28 giorni	28 giorni
TOBI® 300 mg due volte al giorno più trattamento standard	trattamento standard

Ciclo 2

28 giorni	28 giorni
TOBI® 300 mg due volte al giorno più trattamento standard	trattamento standard

Ciclo 3

28 giorni	28 giorni
TOBI® 300 mg due volte al giorno più trattamento standard	trattamento standard

La sicurezza e l'efficacia sono state valutate in studi clinici sia controllati sia in aperto fino a 96 settimane (12 cicli di terapia), ma non sono state studiate in pazienti di età inferiore ai 6 anni, con un volume espiratorio forzato in 1 secondo (FEV_1) < 25% o > 75% del previsto, oppure in pazienti infettati da colonie di *Burkholderia cepacia*. La terapia deve essere iniziata da un medico con esperienza nel trattamento della fibrosi cistica. Il trattamento con TOBI® deve essere continuato su base ciclica fino a che il medico curante ritenga che il paziente tragga benefici dall'inclusione di TOBI® nel regime di trattamento. Nel caso in cui si presentasse un deterioramento clinico dello stato polmonare, si deve considerare l'opportunità di intervenire con una terapia anti-pseudomonas aggiuntiva. Studi clinici hanno dimostrato che risultati microbiologici, indicanti resistenza al farmaco in vitro somministrato per via endovenosa, non precludono necessariamente un beneficio clinico per il paziente.

Modo di somministrazione

Il contenuto di una fiala deve essere versato nel nebulizzatore e somministrato tramite un'inalazione della durata di circa 15 minuti, utilizzando un nebulizzatore riutilizzabile PARI LC PLUS con un compressore adeguato. Si considerano adeguati i compressori che, una volta attaccati ad un nebulizzatore PARI LC PLUS, emettono un flusso di 4-6 l/min e/o una contropressione di 110-217 kPa. Per l'utilizzo e la manutenzione del nebulizzatore e del compressore devono essere seguite le istruzioni del produttore. TOBI® viene inalato mentre il paziente è seduto o in piedi e respira normalmente attraverso il boccaglio del nebulizzatore. Una molletta per il naso può aiutare il paziente a respirare attraverso la bocca. Il paziente deve continuare il proprio regime standard di fisioterapia respiratoria. L'uso di broncodilatatori appropriati va continuato a seconda della necessità clinica. Nel caso in cui i pazienti ricevano diverse terapie respiratorie, si raccomanda che vengano assunte nel seguente ordine: broncodilatatore, fisioterapia respiratoria, altri farmaci inalati ed infine TOBI®.

Massima dose giornaliera tollerata

La dose massima giornaliera tollerata di TOBI® non è stata stabilita.

4.3 Controindicazioni

La somministrazione di TOBI® è controindicata in tutti i pazienti con ipersensibilità accertata nei confronti di qualsiasi aminoglicoside.

4.4 Avvertenze speciali e opportune precauzioni d'impiego

Avvertenze generali

Per informazioni relative alla somministrazione nel corso della gravidanza e dell'allattamento vedere il paragrafo 4.6. TOBI® deve essere usato con cautela nei pazienti con disfunzione renale accertata o sospetta, uditiva, vestibolare o neuromuscolare o con emottisi grave in atto.

La concentrazione sierica di tobramicina deve essere monitorata solo mediante prelievo di sangue da vena e non campionando il sangue mediante la puntura del dito, che è un metodo di dosaggio non validato. È stato osservato che la contaminazione della pelle delle dita dalla preparazione e nebulizzazione di TOBI® può portare a livelli sierici del farmaco falsamente incrementati. Questa contaminazione non può essere completamente evitata lavando le mani prima del test.

Broncospasmo

Il broncospasmo può insorgere con l'inalazione di medicinali ed è riportato in seguito all'assunzione di tobramicina nebulizzata. La prima dose di TOBI® deve essere somministrata sotto controllo medico, usando un broncodilatatore pre-nebulizzazione, se questo fa già parte del trattamento in atto per il paziente. Il FEV_1 (volume espiratorio forzato) deve essere misurato prima e dopo la nebulizzazione. Se vi è evidenza di broncospasmo indotto dalla terapia in un paziente che non riceve un broncodilatatore, il trattamento deve essere ripetuto in un'altra occasione usando un broncodilatatore. L'insorgenza di broncospasmo in presenza di una terapia con broncodilatatore può indicare una reazione allergica. Se si sospetta una reazione allergica TOBI® deve essere sospeso. Il broncospasmo va trattato nel modo clinicamente appropriato.

Disturbi neuromuscolari

TOBI® deve essere usato con grande cautela nei pazienti affetti da disturbi neuromuscolari quali Parkinsonismo o altre condizioni caratterizzate da miastenia, inclusa la miastenia grave, poiché gli aminoglicosidi possono aggravare la debolezza muscolare a causa di un potenziale effetto curarosimile sulla funzione neuromuscolare.

Nefrotossicità

Nonostante la nefrotossicità sia stata associata alla terapia con aminoglicosidi per via parenterale, non c'è stata evidenza di nefrotossicità negli studi clinici con TOBI®. Il prodotto va usato con cautela nei pazienti con accertata o sospetta disfunzione renale e devono essere controllate le concentrazioni seriche di tobramicina. I pazienti con grave disfunzione renale, creatinina serica > 2 mg/dl (176.8 µmol/l), non sono stati inclusi negli studi clinici. L'attuale prassi clinica suggerisce che la funzionalità renale di base deve essere valutata. I livelli di urea e creatinina vanno rivalutati ogni 6 cicli completi di terapia con TOBI® (180 giorni di terapia con aminoglicoside nebulizzato). In caso di evidenza di nefrotossicità, tutta la terapia con tobramicina deve essere interrotta fino a quando le concentrazioni seriche minime di farmaco scendono al disotto di 2 µg/ml. La terapia con TOBI® può essere poi ripresa a discrezione del medico. I pazienti che ricevono contemporaneamente una terapia con aminoglicoside per via parenterale devono essere controllati nel modo clinicamente opportuno tenendo conto del rischio di tossicità cumulativa.

Ototossicità

In seguito all'uso di aminoglicosidi per via parenterale è stata riportata ototossicità che si è manifestata sia come tossicità uditiva, che come tos-

sicità vestibolare. La tossicità vestibolare si può manifestare tramite vertigini, atassia o capogiri. Nel corso della terapia con TOBI®, nell'ambito di studi clinici controllati, non si è verificata tossicità uditiva, misurata in base alla comparsa di ipoacusia o tramite valutazioni audiometriche. Negli studi in aperto e nelle esperienze durante la commercializzazione, alcuni pazienti, con una storia di uso prolungato precedente o concomitante di aminoglicosidi somministrati per via endovenosa, hanno manifestato ipoacusia. Il medico deve considerare la possibilità che gli aminoglicosidi causino tossicità vestibolare e cocleare ed eseguire controlli appropriati della funzione uditiva nel corso della terapia con TOBI®. Nei pazienti con un rischio predisponente, dovuto ad una precedente terapia con aminoglicosidi per via sistemica prolungata, può essere necessario considerare l'opportunità di accertamenti audiologici prima dell'inizio della terapia con TOBI®. La comparsa di tinnito impone cautela, poiché si tratta di un sintomo di ototossicità. Se il paziente riferisce tinnito o perdita dell'udito nel corso della terapia con aminoglicosidi, il medico deve considerare l'opportunità di predisporre accertamenti audiologici. I pazienti che ricevono contemporaneamente una terapia con aminoglicosidi per via parenterale devono essere sottoposti a controlli nel modo clinicamente opportuno, tenendo conto del rischio di tossicità cumulativa.

Emottisi

L'inalazione di soluzioni nebulizzate può indurre il riflesso della tosse. L'uso di TOBI® nei pazienti affetti da emottisi grave in atto è consentito solamente se i benefici connessi al trattamento sono considerati superiori ai rischi di indurre ulteriore emorragia.

Resistenza microbica

Negli studi clinici, alcuni pazienti sotto terapia con TOBI® hanno mostrato un aumento delle Concentrazioni Minime Inibitorie di aminoglicosidi per isolati di *P. aeruginosa* testati. Esiste un rischio teorico che i pazienti in trattamento con tobramicina nebulizzata possono sviluppare isolati di *P. aeruginosa* resistenti alla tobramicina per via endovenosa. (vedi paragrafo 5.1)

4.5 Interazioni con altri medicinali ed altre forme d'interazione

Nell'ambito degli studi clinici, i pazienti che hanno assunto TOBI® contemporaneamente a dornase alfa, ß agonisti, corticosteroidi inalati ed altri antibiotici antipseudomonas orali o parenterali, hanno mostrato eventi avversi simili a quelli del gruppo di controllo. L'uso concomitante e/o sequenziale di TOBI® con altri medicinali potenzialmente nefrotossici o ototossici deve essere evitato. Alcuni diuretici possono aumentare la tossicità degli aminoglicosidi alterando le concentrazioni dell'antibiotico nel siero e nei tessuti. TOBI® non deve essere somministrato contemporaneamente a furosemide, urea o mannitolo. Altri medicinali che hanno dimostrato di aumentare la potenziale tossicità degli aminoglicosidi somministrati per via parenterale includono: Anfotericina B, cefalotina, ciclosporina, tacrolimus, polimixine (rischio di aumentata nefrotossicità); Composti del platino (rischio di aumentata nefrotossicità e ototossicità); Anticolinesterasi, tossina botulinica (effetti neuromuscolari).

4.6 Gravidanza ed allattamento

TOBI® non deve essere utilizzato nel corso della gravidanza e dell'allattamento, a meno che i benefici per la madre non siano superiori ai rischi per il feto o il neonato.

Gravidanza

Non esistono adeguati dati sull'uso di tobramicina somministrata tramite inalazione a donne gravide. Studi su animali non indicano un effetto teratogeno della tobramicina (vedi paragrafo 5.3 Dati preclinici di sicurezza). Tuttavia gli aminoglicosidi possono causare danni al feto (per esempio sordità congenita) quando alte concentrazioni sistemiche vengono raggiunte in una donna gravida. Se TOBI® viene usato nel corso della gravidanza, o se la paziente rimane incinta nel corso della terapia con TOBI®, è necessario informarla del rischio potenziale per il feto.

Allattamento

La tobramicina somministrata per via sistemica viene escreta nel latte materno. Non si è a conoscenza se la somministrazione di TOBI® determini concentrazioni nel siero sufficientemente elevate da consentire la rilevazione della tobramicina nel latte materno. A causa del pericolo potenziale di ototossicità e nefrotossicità connesso all'assunzione della tobramicina da parte dei bambini, è necessario decidere se interrompere l'allattamento o la terapia con TOBI®.

4.7 Effetti sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari

Sulla base delle reazioni avverse del farmaco riportate, è da considerarsi improbabile la possibilità che TOBI® influenzi la capacità di guidare e usare macchine.

4.8 Effetti indesiderati

Nell'ambito di studi clinici controllati, l'alterazione della voce e il tinnito sono stati gli unici effetti indesiderati presenti con maggior frequenza nei pazienti trattati con TOBI® (rispettivamente 13% nel gruppo trattato con TOBI® rispetto al 7% nel gruppo di controllo e 3% nel gruppo trattato con TOBI® rispetto allo 0% nel gruppo di controllo). Questi episodi di tinnito sono stati transitori e si sono risolti senza l'interruzione della terapia con TOBI® e non sono stati associati ad una perdita permanente di udito controllata tramite audiogramma. Il rischio di tinnito non è aumentato con cicli ripetuti di esposizione a TOBI®. Altri effetti indesiderati, alcuni dei quali sono comuni conseguenze della malattia sottostante, ma dove una relazione causale con TOBI® non può essere esclusa, sono stati: alterazione del colore dell'espettorato, infezione del tratto respiratorio, mialgia, polipi nasali e otite media. Nella fase post-marketing, sono stati riportati effetti indesiderati con la frequenza elencata di seguito:

Condizioni generali

Rara: Dolore toracico, Astenia, Febbre, Emicrania, Dolore
Molto Rara: Dolore addominale, Infezione micotica, Malessere, Dolore alla schiena. Reazioni allergiche incluso orticaria e prurito.

Apparato digerente

Rara: Nausea, Anoressia, Ulcerazioni alla bocca, Vomito
Molto Rara: Diarrea, Candidosi orale

Sistema sanguigno e linfatico

Molto Rara: Linfoadenopatia

Sistema Nervoso

Rara: Capogiri
Molto Rara: Sonnolenza

Sistema Respiratorio

Non comune: Alterazione della voce (incluso raucedine), Dispnea, Aumento della tosse, Faringite
Rara: Broncospasmo, Oppressione toracica, tosse e accorciamento del respiro, Disturbi polmonari, Aumento dell'escreato, Emottisi, Ridotta funzionalità polmonare, Laringite, Epistassi, Rinite, Asma
Molto rara: Iperventilazione, Ipossia, Sinusite

Sistemi sensoriali

Rara: Tinnito, Perdita dell'udito, Perversione del gusto, Afonia
Molto Rara: Disturbi dell'orecchio, Dolore all'orecchio

Cute e Annessi

Rara: Eruzioni cutanee

Negli studi clinici in aperto e nelle esperienze post-marketing alcuni pazienti con anamnesi di prolungato o concomitante utilizzo di aminoglicosidi per via endovenosa hanno manifestato la perdita dell'udito (vedi paragrafo 4.4). Gli aminoglicosidi per via parenterale sono stati associati con ipersensibilità, ototossicità e nefrotossicità (vedi paragrafo 4.3 e 4.4).

4.9 Sovradosaggio

La somministrazione per via inalatoria della tobramicina ne determina una bassa biodisponibilità sistemica. I sintomi da sovradosaggio di aerosol possono comprendere grave raucedine. In caso di ingestione accidentale di TOBI®, la tossicità è improbabile, poiché la tobramicina viene scarsamente assorbita dal tratto gastrointestinale integro. In caso di somministrazione per errore di TOBI® per via endovenosa è possibile che si presentino segni e sintomi di un sovradosaggio di tobramicina parenterale che comprendono capogiri, tinnito, vertigini, perdita di capacità uditiva, difficoltà respiratoria e/o blocco neuromuscolare e danno renale. La tossicità acuta va trattata interrompendo immediatamente la somministrazione di TOBI® ed eseguendo esami di funzionalità renale. Le concentrazioni di tobramicina nel siero possono essere utili per controllare il sovradosaggio. In qualsiasi caso di sovradosaggio va considerata la possibilità di interazioni tra farmaci, con alterazioni della eliminazione di TOBI® o di altri prodotti medicinali.

5.PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE

5.1 Proprietà farmacodinamiche

Classificazione farmacoterapeutica (codice ATC)
Antibatterici aminoglicosidici J01GB01

Proprietà generali

La tobramicina è un antibiotico aminoglicosidico prodotto dallo *Streptomyces tenebrarius*. La sostanza agisce principalmente interferendo con la sintesi di proteine, causando così l'alterazione della permeabilità della membrana cellulare, la progressiva disgregazione dell'involucro cellulare ed infine la morte della cellula. La tobramicina svolge un'azione battericida a concentrazioni pari o leggermente superiori rispetto a quelle che svolgono un'azione inibitoria.

Breakpoints

I breakpoints di sensibilità stabiliti per la somministrazione parenterale della tobramicina non sono appropriati nella somministrazione del farmaco per via aerosolica. L'escreato di pazienti affetti da FC possiede un'azione inibitoria sull'attività biologica locale degli aminoglicosidi

nebulizzati. Ciò richiede concentrazioni nell'escreato di tobramicina somministrata tramite aerosol da dieci a venticinque volte superiori alla MIC (concentrazioni minime inibenti), rispettivamente per la soppressione della crescita e per l'attività battericida di *P. aeruginosa*. In studi clinici controllati, nel 97% dei pazienti che hanno assunto TOBI®, le concentrazioni nell'escreato sono risultate 10 volte maggiori della più alta MIC per la *P. aeruginosa* proveniente dai pazienti e nel 95% dei pazienti che hanno ricevuto TOBI® le concentrazioni sono risultate 25 volte superiori alle MIC più elevate. Nella maggioranza dei pazienti, i cui ceppi coltivati presentano valori di MIC al di sopra del breakpoint parenterale, si ottengono comunque benefici clinici.

Sensibilità

In assenza dei breakpoints di sensibilità convenzionali per la via di somministrazione nebulizzata, è necessario usare cautela nel definire gli organismi come sensibili o non sensibili alla tobramicina nebulizzata. Nell'ambito degli studi clinici condotti con TOBI®, la maggior parte dei pazienti con isolati di *P. aeruginosa* con MICs per la tobramicina < 128 µg/ml prima del trattamento hanno presentato una migliorata funzione polmonare in seguito al trattamento con TOBI®. Nei pazienti con un isolato di *P. aeruginosa* con una MIC ≥128 µg/ml prima del trattamento, è meno probabile il manifestarsi di una risposta clinica. Tuttavia, negli studi controllati in confronto con placebo, sette su 13 pazienti (54%) che hanno acquisito isolati con MICs ≥128 µg/ml nel corso dell'uso di TOBI® hanno presentato una migliorata funzione polmonare. In base a dati *in vitro* e/o a esperienze ottenute nell'ambito di studi clinici, è possibile supporre che gli organismi associati a infezioni polmonari nella FC rispondano alla terapia con TOBI® nel modo seguente:

Sensibile	*Pseudomonas aeruginosa*
	Haemophilus influenzae
	Staphylococcus aureus
Non sensibile	*Burkholderia cepacia*
	Stenotrophomonas maltophilia
	Alcaligenes xylosoxidans

Il trattamento con TOBI® nell'ambito di studi clinici ha fatto rilevare un piccolo ma chiaro aumento delle concentrazioni inibitorie minime di tobramicina, amikacina e gentamicina per isolati di *P. aeruginosa* testati. Ogni 6 mesi aggiuntivi di trattamento ha prodotto un aumento incrementale di ampiezza simile a quello osservato nei 6 mesi degli studi controllati. Il meccanismo di resistenza all'aminoglicoside più prevalente osservato negli isolati di *P. aeruginosa* di pazienti affetti da FC cronica è l'impermeabilità, definita come una perdita generale di suscettibilità a tutti gli aminoglicosidi. *P. aeruginosa* isolati da pazienti con FC hanno anche mostrato di avere una resistenza adattativa agli aminoglicosidi caratterizzata da un ritorno alla sensibilità quando viene sospeso l'antibiotico.

Altre informazioni

Non ci sono evidenze che pazienti trattati fino a 18 mesi con TOBI® abbiano un più alto rischio di acquisire B. cepacia, *S. maltophilia* o *A. xylosoxidans* rispetto a pazienti non trattati con TOBI®. Specie di *Aspergillus* sono state più frequentemente rilevate nell'espettorato di pazienti che hanno ricevuto TOBI®; tuttavia una sequela clinica come l'Aspergillosi Broncopolmonare Allergica è stata riportata raramente e con frequenza simile al gruppo di controllo.

5.2 Proprietà farmacocinetiche

Assorbimento e distribuzione

Concentrazioni nell'escreato: dieci minuti dopo l'inalazione della prima dose di 300 mg di TOBI®, la concentrazione media della tobramicina nell'escreato è stata pari a 1.237 µg/g (range: da 35 a 7.414 µg/g). La tobramicina non si accumula nell'escreato; dopo 20 settimane di terapia con TOBI®, la concentrazione media della tobramicina nell'escreato 10 minuti dopo l'inalazione è stata pari a 1.154 µg/g (range: da 39 a 8.085 µg/g). È stata osservata una forte variabilità delle concentrazioni della tobramicina nell'escreato. Due ore dopo l'inalazione, le concentrazioni nell'escreato sono diminuite fino a raggiungere approssimativamente il 14% dei livelli di tobramicina misurati 10 minuti dopo l'inalazione.

Concentrazioni nel siero: la concentrazione media della tobramicina nel siero 1 ora dopo l'inalazione di una dose singola di 300 mg di TOBI® da parte di pazienti affetti da FC è stata pari a 0.95 µg/ml (range: sotto il limite di quantificazione – 3.62 mg/ml). Dopo 20 settimane di terapiacon il regime di terapia con TOBI® la concentrazione media della tobramicina nel siero 1 ora dopo il dosaggio è stata pari a 1.05 mg/ml (range: da sotto il limite di quantificazione – a 3.41 mg/ml).

Eliminazione

L'eliminazione della tobramicina somministrata tramite inalazione non è stata studiata. In seguito alla somministrazione endovenosa, la tobramicina assorbita sistemicamente viene eliminata principalmente tramite filtrazione glomerulare. L'emivita di eliminazione della tobramicina dal siero è all'incirca di 2 ore. Meno del 10% della tobramicina viene legata alle proteine del plasma. Probabilmente la tobramicina che non viene assorbita dopo la somministrazione di TOBI® viene eliminata principalmente con l'espettorato.

5.3 Dati preclinici di sicurezza

I dati preclinici rivelano che il principale rischio per gli esseri umani, basati su studi di sicurezza farmacologica, tossicità per dose ripetuta, genotossicità o tossicità della riproduzione, consiste in nefro e ototossicità. Negli studi di tossicità per dose ripetuta, gli organi bersaglio sono i reni e le funzioni vestibolari/cocleari. In generale, la tossicità si vede a livelli sistemici di tobramicina più elevati rispetto a quelli raggiungibili tramite inalazione alla dose clinicamente raccomandata. Non sono stati effettuati studi di tossicologia riproduttiva con tobramicina somministrata per via inalatoria, ma la somministrazione sottocute durante l'organogenesi della dose di 100 mg/kg/die nel ratto e della massima dose tollerata 20 mg/kg/die nel coniglio, non si è rivelata teratogena. La teratogenicità non può essere valutata a più alte dosi per via parenterale nel coniglio poiché queste hanno provocato tossicità materna e aborto. Tenendo conto dei dati disponibili sugli animali non si può escludere un rischio di tossicità (ototossicità) a livelli di esposizione prenatale.

6.INFORMAZIONI FARMACEUTICHE

6.1 Elenco degli eccipienti

Cloruro di sodio, acqua per preparazioni iniettabili, acido solforico e idrossido di sodio per aggiustare il pH.

6.2 Incompatibilità

TOBI® non deve essere diluito o miscelato nel nebulizzatore con nessun altro prodotto medicinale.

6.3 Periodo di validità

3 anni. Il contenuto dell'intera fiala va utilizzato immediatamente dopo la sua apertura (vedi paragrafo 6.6).

6.4 Speciali precauzioni per la conservazione

Conservare tra 2 e 8 °C. Conservare nella confezione originale per tenerlo al riparo dalla luce. Una volta tolti dal frigorifero, o nel caso un frigorifero non sia disponibile, i sacchetti contenenti TOBI® (intatti o aperti) possono essere conservati fino a 25 °C per un periodo massimo di 28 giorni. La soluzione delle fiale di TOBI® è normalmente di colore giallino, ma si possono osservare alcune variazioni del colore che non indicano una perdita di attività del prodotto se lo stesso è stato conservato come indicato.

6.5 Natura e contenuto della confezione

TOBI® viene fornito in fiale monodose da 5 ml di polietilene a bassa densità. La confezione contiene un totale di 56 fiale contenute in 4 sacchetti sigillati, contenenti ciascuno 14 fiale confezionate in un contenitore di plastica.

6.6 Istruzioni per l'impiego e la manipolazione

TOBI® è una preparazione acquosa sterile, non pirogena, monodose. Poiché è priva di conservanti, il contenuto dell'intera fiala deve essere usato immediatamente dopo l'apertura e la soluzione non utilizzata deve essere scartata. Le fiale aperte non devono mai essere conservate per un loro riutilizzo.

7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO

Chiron Corporation Limited
Symphony House
The High Street
Cowley Business Park
Uxbridge
UB8 2AD
UK

Concessionaria per la vendita: Dompé spa, Via Campo di Pile,
67100 L'Aquila

8. NUMERO DELL'A.I.C.

034767018.

DATA DELLA PRIMA AUTORIZZAZIONE

15 Febbraio 2001

RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE

10 Dicembre 2004

10. DATA DI (PARZIALE) REVISIONE DEL TESTO

Dicembre 2005

SYMBICORT®

budesonide/formoterolo

Riassunto delle caratteristiche del prodotto

1. DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE

Symbicort 320/9 microgrammi/inalazione, polvere per inalazione.

2. COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA

Ogni dose inalata (dose che fuoriesce dal boccaglio) contiene: budesonide 320 microgrammi/inalazione e formoterolo fumarato diidrato 9 microgrammi/inalazione. Symbicort 320/9 microgrammi/inalazione fornisce quantità di budesonide e di formoterolo pari a quelle fornite dai corrispondenti monocomposti Turbohaler, precisamente 400 microgrammi/inalazione di budesonide (dose erogata) e 12 microgrammi/inalazione di formoterolo (dose erogata), quest'ultima indicata sulle confezioni come 9 microgrammi/inalazione (dose inalata). Per gli eccipienti vedi paragrafo 6.1. Formoterolo INN è noto anche come formoterolo BAN.

3. FORMA FARMACEUTICA

Polvere per inalazione. Polvere bianca.

4. INFORMAZIONI CLINICHE *4.1 Indicazioni terapeutiche* **Asma** Symbicort 320/9 microgrammi/inalazione è indicato nel regolare trattamento dell'asma quando l'uso di una terapia di associazione (corticosteroide per via inalatoria e beta-agonista a lunga durata d'azione) è appropriato in:

- pazienti che non sono adeguatamente controllati con corticosteroidi per via inalatoria e con beta-2 agonisti a breve durata d'azione usati "al bisogno".

o

- pazienti che sono già adeguatamente controllati sia con corticosteroidi per via inalatoria che con beta-2 agonisti a lunga durata d'azione.

Broncopneumopatia cronica ostruttiva Symbicort 320/9 microgrammi/inalazione è indicato nel trattamento sintomatico di pazienti con broncopneumopatia cronica ostruttiva severa (FEV1 <50% del normale) e storia di ripetute esacerbazioni, con sintomi significativi nonostante la terapia regolare con broncodilatatori a lunga durata d'azione. ***4.2 Posologia e modo di somministrazione*** **Asma** Symbicort 320/9 microgrammi/inalazione non è destinato alla gestione iniziale dell'asma. La dose dei componenti di Symbicort 320/9 microgrammi/inalazione è individuale e deve essere adattata in relazione alla gravità della malattia. Ciò va tenuto in considerazione non solo quando si inizia un trattamento con prodotti in associazione ma anche quando il dosaggio viene modificato. Se un singolo paziente necessita di un rapporto di dosi diverso da quello disponibile nell'inalatore dell'associazione, si devono prescrivere dosi appropriate di beta-agonisti e/o di corticosteroidi in inalatori separati. **Dosi raccomandate** *Adulti (dai 18 anni in su):* 1 inalazione due volte al giorno. Alcuni pazienti possono necessitare fino a un massimo di 2 inalazioni 2 volte al giorno. *Adolescenti (12-17 anni):* 1 inalazione due volte al giorno. I pazienti devono essere controllati regolarmente dal medico in modo che il dosaggio sia adattato affinché venga somministrato il più basso livello di dose terapeuticamente efficace. Quando viene raggiunto il controllo dei sintomi con il dosaggio più basso raccomandato, si può provare la somministrazione del solo corticosteroide inalatorio. Nella pratica corrente, quando viene raggiunto il controllo dei sintomi con il regime posologico di due volte al giorno, l'aggiustamento del dosaggio al livello più basso terapeuticamente efficace potrebbe includere la somministrazione di Symbicort 320/9 microgrammi/inalazione una volta al giorno se, nell'opinione del medico, sia necessario l'uso di un broncodilatatore a lunga durata d'azione, per il mantenimento del controllo. *Bambini (inferiori a 12 anni):* efficacia e tollerabilità non sono state completamente studiate nei bambini (vedi sezione 5.1). Symbicort 320/9 microgrammi/inalazione non è raccomandato nei bambini di età inferiore a 12 anni. **Broncopneumopatia cronica ostruttiva** *Adulti:* 1 inalazione 2 volte al giorno. *Speciali gruppi di pazienti:* non è necessario modificare la dose nei pazienti anziani. Non vi sono dati disponibili per l'uso di Symbicort 320/9 microgrammi/inalazione nei pazienti con insufficienza epatica o renale. Essendo budesonide e formoterolo eliminati principalmente tramite metabolismo epatico, ci si può aspettare un'aumentata esposizione al farmaco nei pazienti affetti da cirrosi epatica grave. Istruzioni per il corretto uso del Turbohaler: Il Turbohaler è azionato dal flusso inspiratorio; ciò significa che quando un paziente inala attraverso il boccaglio, la sostanza entra nelle vie aeree seguendo l'aria inspirata.

NOTA: è importante istruire il paziente a:

- leggere attentamente le istruzioni per l'uso riportate nel foglio illustrativo contenuto in ogni confezione;
- inspirare con forza e profondamente attraverso il boccaglio per assicurare che una dose ottimale giunga ai polmoni;
- non espirare mai attraverso il boccaglio;
- sciacquare la bocca con acqua dopo aver inalato la dose prescritta per minimizzare il rischio di infezioni da Candida a livello orofaringeo.

Il paziente può non avvertire alcun sapore o alcuna sensazione di medicinale durante l'uso del Turbohaler a causa della piccola quantità di farmaco che viene rilasciata. ***4.3 Controindicazioni*** Ipersensibilità (allergia) a budesonide, formoterolo o lattosio inalato. ***4.4 Avvertenze speciali e precauzioni d'impiego*** Si raccomanda una diminuzione graduale del dosaggio quando si pone fine al trattamento, che non deve essere interrotto bruscamente. Se i pazienti rilevano inefficacia del trattamento o se eccedono nelle dosi raccomandate dell'associazione fissa, si deve richiedere un parere medico. Un ricorso crescente ai broncodilatatori di emergenza indica un peggioramento delle condizioni di base e richiede una rivalutazione della terapia antiasmatica. Peggioramenti improvvisi e progressivi nel controllo dell'asma o della broncopneumopatia cronica ostruttiva rappresentano un potenziale pericolo di vita e il paziente deve essere sottoposto a una visita medica d'urgenza. In tale situazione si deve considerare la necessità di aumentare la terapia con corticosteroidi o di accompagnarla ad una terapia anti-infiammatoria sistemica, quale un ciclo di corticosteroidi per via orale o un trattamento antibiotico in caso di infezione. Non vi sono dati disponibili sull'uso di Symbicort 320/9 microgrammi/inalazione nel trattamento di attacchi di asma acuto. Ai pazienti si deve consigliare di avere a disposizione in ogni momento il proprio broncodilatatore a rapida azione. Si deve ricordare ai pazienti di assumere Symbicort 320/9 microgrammi/inalazione tutti i giorni secondo prescrizione medica, anche in assenza di sintomi. La terapia non deve essere iniziata durante una riacutizzazione. Come con altre terapie inalatorie, si può osservare broncospasmo paradosso, con un incremento immediato del respiro sibilante dopo l'assunzione. In tale situazione Symbicort 320/9 microgrammi/inalazione deve essere sospeso, si deve rivalutare la terapia impostata e, se necessario, istituire una terapia alternativa. Effetti sistemici si possono verificare con qualsiasi corticosteroide inalato, soprattutto a dosi alte e prescritte per lunghi periodi. La comparsa di questi effetti è molto meno probabile con il trattamento per via inalatoria che con i corticosteroidi per via orale. Effetti sistemici possibili includono soppressione surrenale, ritardo nella crescita di bambini e adolescenti, diminuzione della densità minerale ossea, cataratta e glaucoma. Si raccomanda di controllare regolarmente la statura dei bambini in trattamento prolungato con corticosteroidi inalatori. Se la crescita è rallentata si deve rivalutare la terapia in atto per ridurre la dose del corticosteroide inalatorio. Si devono valutare con attenzione i benefici della terapia corticosteroidea rispetto ai possibili rischi di soppressione della crescita. Si deve inoltre considerare l'opportunità di una visita specialistica da parte di un pneumologo pediatra. Dati limitati emersi in studi a lungo termine suggeriscono che la maggior parte dei bambini e degli adolescenti trattati con budesonide per via inalatoria raggiunge un'adeguata statura da adulto nonostante sia stata osservata una riduzione iniziale leggera ma transitoria nell'accrescimento (circa 1 cm), generalmente durante il primo anno di trattamento. Devono essere presi in considerazione potenziali effetti sulla densità ossea, specialmente in pazienti trattati con alte dosi, per periodi prolungati, con coesistenti fattori di rischio per l'insorgenza di osteoporosi. Studi a lungo termine con budesonide per via inalatoria in bambini a dosi medie giornaliere di 400 microgrammi (dose erogata) o in adulti a dosi giornaliere di 800 microgrammi (dose erogata) non hanno mostrato effetti significativi sulla densità minerale ossea. Non sono disponibili informazioni sull'effetto di Symbicort a dosi più elevate. Se sussistono ragioni per supporre una compromissione della funzione surrenale causata da una precedente terapia sistemica con steroidi, si deve porre attenzione quando si avvia la terapia con Symbicort 320/9 microgrammi/inalazione. I benefici della terapia con budesonide per via inalatoria dovrebbero normalmente ridurre al minimo la necessità di steroidi orali ma nei pazienti che provengono da una terapia con steroidi orali può permanere il rischio di compromissione surrenale per un lungo periodo di tempo. Anche i pazienti che in passato hanno richiesto terapia di emergenza con dosi elevate di corticosteroidi o trattamento prolungato con dosi elevate di corticosteroidi inalatori, possono essere a rischio. In periodi di stress o in caso di interventi chirurgici di elezione deve essere presa in considerazione la necessità di effettuare una copertura addizionale con corticosteroide sistemico. Per ridurre al minimo il rischio di infezione da Candida a livello orofaringeo si deve istruire il paziente a sciacquare la bocca con acqua dopo ogni inalazione. Il trattamento concomitante con itraconazolo e ritonavir o con altri potenti inibitori del CYP3A4 deve essere evitato (vedi sezione 4.5). Se ciò non fosse possibile, l'intervallo di tempo tra la somministrazione di questi farmaci che interagiscono tra loro deve essere il più lungo possibile. Symbicort 320/9 microgrammi/inalazione deve essere somministrato con cautela nei pazienti con tireotossicosi, feocromocitoma, diabete mellito, ipopotassiemia non trattata, cardiomiopatia ipertrofica ostruttiva, stenosi aortica subvalvolare idiopatica, ipertensione severa, aneurisma o altri severi disordini cardiovascolari quali ischemia cardiaca, tachiaritmia o insufficienza cardiaca severa. Deve essere osservata cautela nel trattamento di pazienti con prolungamento dell'intervallo QTc poiché il formoterolo può indurne un prolungamento. La necessità e la dose di corticosteroidi inalatori devono essere rivalutate in pazienti con tubercolosi polmonare attiva o quiescente, infezioni micotiche e virali delle vie aeree. Una ipopotassiemia potenzialmente grave può risultare da dosaggi elevati di beta2-agonisti. L'effetto di un trattamento concomitante con beta2-agonisti e farmaci che possono indurre ipopotassiemia o potenziare un effetto ipopotassiemico, quali derivati xantinici, steroidi e diuretici, può sommarsi ad un possibile effetto ipopotassiemico dei beta2-agonisti. Si raccomanda particolare cautela nell'asma instabile, che necessita di un uso variabile di broncodilatatori di emergenza, nell'asma severo acuto poiché il rischio di ipopotassiemia può essere aumentato dall'ipossia e in altre condizioni in cui la probabilità di insorgenza di effetti collaterali da ipopotassiemia è aumentata. Si raccomanda di controllare i livelli di potassio sierico in tali circostanze. Come per tutti i beta2-agonisti, si devono eseguire controlli supplementari del livello di glicemia nei pazienti diabetici. Symbicort 320/9 microgrammi/inalazione contiene lattosio (<1 mg/inalazione). Questa quantità non causa normalmente problemi nei soggetti con intolleranza al lattosio. ***4.5 Interazioni con altri medicinali e altre forme di interazione*** *Interazioni farmacocinetiche* Il processo metabolico della budesonide è bloccato da sostanze metabolizzate dal CYP P450 3A4 (per esempio itraconazolo, ritonavir). La somministrazione concomitante di questi potenti inibitori del CYP P450 3A4 può incrementare i livelli plasmatici di budesonide. Il concomitante uso di queste sostanze deve essere evitato a meno che il beneficio sia superiore all'aumentato rischio di comparsa di effetti collaterali sistemici. *Interazioni farmacodinamiche* I beta-bloccanti possono indebolire o inibire l'effetto del formoterolo. Pertanto, Symbicort 320/9 microgrammi/inalazione non deve essere somministrato contemporaneamente ai beta-bloccanti (compresi i colliri) a meno che ciò non sia indispensabile. Il trattamento concomitante con chinidina, disopiramide, procainamide, fenotiazina, antistaminici (terfenadina), inibitori delle monoamino ossidasi e antidepressivi triciclici possono prolungare l'intervallo QTc e aumentare il rischio di aritmie ventricolari. Inoltre, L-dopa, L-tirossina, ossitocina e alcool possono indebolire la tolleranza cardiaca nei confronti dei beta2-simpaticomimetici. Il trattamento concomitante con inibitori delle monoamino ossidasi compresi farmaci con proprietà simili quali furazolidone e procarbazina possono scatenare crisi ipertensive. Esiste un rischio elevato di aritmie in pazienti sottoposti contemporaneamente ad anestesia con idrocarburi alogenati. L'uso concomitante di altri farmaci beta-adrenergici può avere un potenziale effetto additivo. L'ipopotassiemia può accrescere la tendenza alle aritmie nei pazienti trattati con glicosidi di digitale. Non sono state osservate interazioni di budesonide con altri farmaci utilizzati nel trattamento dell'asma. ***4.6 Gravidanza e allattamento*** Non sono disponibili dati clinici sulla somministrazione di Symbicort 320/9 microgrammi/inalazione o di formoterolo e budesonide somministrati contemporaneamente a donne in gravidanza. Non sono stati condotti studi di tossicità riproduttiva nell'animale inerenti la somministrazione della associazione. Non sono disponibili dati adeguati sull'uso di for-

moterolo in donne in gravidanza. In studi di riproduzione nell'animale il formoterolo, a livelli di esposizione sistemica molto elevati, ha causato effetti indesiderati (vedi sezione 5.3). Dati su circa 2.000 gravidanze in pazienti esposte all'uso di budesonide per via inalatoria indicano che non vi è un aumento di rischio di teratogenicità associato all'uso del farmaco. In studi condotti nell'animale i glucocorticosteroidi hanno indotto malformazioni (vedi sezione 5.3). Ciò non sembra rilevante nel caso delle dosi raccomandate per l'uomo. Studi nell'animale, ad esposizioni inferiori alle dosi teratogeniche, hanno anche identificato che un eccesso di glicocorticoidi in età prenatale è coinvolto nell'aumentato rischio di: crescita intrauterina ritardata, disturbi cardiovascolari nell'animale adulto, modifiche permanenti di densità dei recettori glicocorticoidi, del turnover e funzionalità dei neurotrasmettitori. Durante la gravidanza Symbicort 320/9 microgrammi/inalazione deve essere somministrato solo se i benefici sono superiori ai potenziali rischi. La budesonide deve essere somministrata alla dose più bassa terapeuticamente efficace necessaria per il mantenimento del controllo adeguato dell'asma. Non è noto se formoterolo o budesonide passino nel latte materno umano. Nel ratto, piccole quantità di formoterolo sono state riscontrate nel latte materno. La somministrazione di Symbicort 320/9 microgrammi/inalazione a donne durante l'allattamento deve essere presa in considerazione solo se i benefici attesi per la madre sono maggiori di ogni possibile rischio per il bambino. **4.7 Effetti sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchinari** Symbicort 320/9 microgrammi/inalazione ha effetti irrilevanti o non ha alcun effetto sulla capacità di guidare o di usare macchinari. **4.8 Effetti indesiderati** Poiché Symbicort 320/9 microgrammi/inalazione contiene sia budesonide che formoterolo, si può verificare lo stesso quadro di effetti indesiderati osservato relativamente a queste sostanze. Non è stato osservato alcun aumento di incidenza di reazioni avverse in seguito alla somministrazione concomitante dei due composti. Le reazioni avverse più comuni correlate al farmaco sono gli effetti collaterali farmacologicamente prevedibili della terapia con beta2-agonisti, come tremori e palpitazioni. Questi effetti tendono a essere di grado lieve e solitamente scompaiono entro pochi giorni dall'inizio del trattamento. In uno studio clinico di 3 anni con budesonide nella broncopneumopatia cronica ostruttiva si sono verificate ecchimosi e polmonite con una frequenza rispettivamente del 10% e del 6% in confronto al gruppo placebo che ha riportato una frequenza del 4% e del 3% (rispettivamente p<0,001 e p<0,01). Le reazioni avverse associate a budesonide o formoterolo sono indicate di seguito ed elencate per classe organo-sistema e frequenza. La frequenza è definita come: molto comune (> 1/10), comune (> 1/100 e < 1/10), non comune (> 1/1000 e < 1/100), rara (> 1/10000 e < 1/1000) e molto rara (< 1/10000).

Alterazioni cardiovascolari	Comune	Palpitazioni
	Non comune	Tachicardia
	Rare	Fibrillazione atriale, tachicardia sopraventricolare, extrasistoli
	Molto rare	Angina pectoris
Alterazioni del sistema endocrino	Molto rare	Segni o sintomi degli effetti sistemici dei glucocorticosteroidi (compresa ipofunzionalità della ghiandola surrenale)
Alterazioni dell'apparato gastrointestinale	Non comune	Nausea
Alterazioni del sistema immunitario	Rare	Esantema, orticaria, prurito, dermatite, angioedema
Infezioni ed infestazioni	Comune	Infezioni da candida del tratto orofaringeo
Alterazioni del metabolismo e della nutrizione	Rare Molto rare	Ipokaliemia Iperglicemia
Alterazioni dell'apparato muscolo scheletrico, del tessuto connettivale e osseo	Non comune	Crampi muscolari
Alterazioni del sistema nervoso	Comune Non comune	Mal di testa e tremore Vertigine
	Molto rare	Disturbi del gusto
Disturbi psichiatrici	Non comune	Agitazione, irrequietezza, nervosismo, disturbi del sonno
	Molto rare	Depressione, disturbi del comportamento (soprattutto nei bambini)
Alterazioni dell'apparato respiratorio del torace e del mediastino	Comune Rare	Lieve irritazione della gola, tosse e raucedine Broncospasmo
Alterazioni della cute e del tessuto sottocutaneo	Non comune	Ecchimosi
Alterazioni del sistema vascolare	Molto rare	Variazione della pressione arteriosa

Come con altre terapie inalatorie, in casi molto rari si può verificare broncospasmo paradosso (vedi sezione 4.4). Effetti sistemici dei corticosteroidi per via inalatoria si possono verificare soprattutto a dosi elevate prescritte per periodi prolungati. Questi possono includere soppressione della funzione surrenale, ritardo nella crescita in bambini ed adolescenti, riduzione della densità minerale ossea, cataratta e glaucoma (vedi sezione 4.4). Il trattamento con beta-2 agonisti può comportare un aumento dei livelli ematici di insulina, degli acidi grassi liberi, di glicerolo e corpi chetonici. ***4.9 Sovradosaggio*** Un sovradosaggio di formoterolo provocherebbe effetti tipici dei beta2-agonisti adrenergici: tremore, cefalea, palpitazioni. Sono stati riportati casi isolati di tachicardia, iperglicemia, ipopotassiemia, prolungamento dell'intervallo QTc, aritmia, nausea e vomito. Possono essere indicati trattamenti di supporto e sintomatici. Una dose di 90 microgrammi di formoterolo somministrata nel corso di tre ore in pazienti con ostruzioni bronchiali acute non ha destato preoccupazioni per la tollerabilità. Non si ritiene che un sovradosaggio acuto di budesonide, anche a dosi molto elevate, possa causare problemi clinici. Se budesonide viene utilizzata cronicamente in dosi eccessive, si possono verificare effetti sistemici glucocorticosteroidei come ipercorticismo e soppressione surrenale. In caso di sospensione della terapia con Symbicort 320/9 microgrammi/inalazione a causa di un sovradosaggio del formoterolo (componente dell'associazione) si deve prendere in considerazione una terapia con un corticosteroide inalatorio adeguato.

5. PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE

5.1 Proprietà farmacodinamiche Gruppo farmacoterapeutico: Adrenergici ed altri farmaci per le sindromi ostruttive delle vie respiratorie Classificazione ATC: R03AK07 **Meccanismi d'azione ed effetti farmacodinamici** Symbicort 320/9 microgrammi/inalazione contiene formoterolo e budesonide, che hanno un meccanismo d'azione diverso e presentano effetti additivi in termini di riduzione delle riacutizzazioni dell'asma. I meccanismi d'azione delle due sostanze sono discussi di seguito. ***Budesonide*** Budesonide, somministrata per via inalatoria, alle dosi raccomandate è dotata di attività antiinfiammatoria glicocorticoide a livello del polmone, con conseguente riduzione dei sintomi e delle riacutizzazioni dell'asma, con minori effetti avversi rispetto alla somministrazione sistemica dei corticosteroidi. L'esatto meccanismo di azione responsabile di tale effetto antiinfiammatorio non è noto. ***Formoterolo*** Formoterolo è un agonista selettivo beta2-adrenergico che produce rilassamento del muscolo liscio bronchiale in pazienti con ostruzione reversibile delle vie aeree. L'effetto broncodilatatore si esercita rapidamente entro 1-3 minuti dall'inalazione e ha una durata di 12 ore dopo una singola dose. ***Symbicort*** **Asma** Negli studi clinici negli adulti, l'aggiunta di formoterolo a budesonide ha migliorato i sintomi dell'asma e la funzionalità polmonare, riducendo le riacutizzazioni. In due studi di 12 settimane l'effetto sulla funzionalità polmonare di Symbicort era uguale a quello di una associazione libera di budesonide e formoterolo e superiore a quello della sola budesonide. Non vi è stato segno di attenuazione dell'effetto antiasmatico nel tempo. Non sono stati effettuati studi clinici con Symbicort 320/9 microgrammi/inalazione. Dosi corrispondenti somministrate con le formulazioni a più basso dosaggio di Symbicort Turbohaler sono efficaci e ben tollerate. In uno studio pediatrico di 12 settimane, 85 bambini di età compresa tra i 6 e gli 11 anni sono stati trattati con SymbicortMite (2 inalazioni da 80/4,5 microgrammi/inalazione 2 volte/die) che ha migliorato la funzionalità polmonare ed è stato ben tollerato. **Broncopneumopatia cronica ostruttiva** In due studi di 12 mesi condotti su pazienti affetti da broncopneumopatia cronica ostruttiva di grado severo è stato valutato l'effetto sulla funzionalità polmonare e la frequenza di esacerbazioni (definite come cicli di steroidi orali e/o di antibiotici e/o ospedalizzazioni). La mediana del FEV1 all'inclusione negli studi era il 36% del normale. Il numero medio di esacerbazioni/anno (secondo la definizione sopra citata) era significativamente ridotto con Symbicort rispetto al trattamento con formoterolo da solo o al placebo (frequenza media 1,4 rispetto a 1,8-1,9 nel gruppo placebo/formoterolo). Il numero medio di giorni di terapia con corticosteroidi orali/paziente durante i 12 mesi era lievemente ridotto nel gruppo Symbicort (7-8 giorni/paziente/anno rispetto a 11-12 e 9-12 giorni rispettivamente nel gruppo placebo e formoterolo). Symbicort non era superiore al trattamento con formoterolo da solo per quanto riguarda le modifiche dei parametri di funzionalità polmonare quale il FEV1. ***5.2 Proprietà farmacocinetiche*** ***Assorbimento*** Symbicort e i monoprodotti corrispondenti hanno dimostrato di essere bioequivalenti in relazione alla biodisponibilità sistemica rispettivamente di budesonide e formoterolo. Nonostante ciò, un leggero aumento della soppressione di cortisolo è stato osservato dopo la somministrazione di Symbicort rispetto ai monocomposti. La differenza è considerata priva di impatto sulla sicurezza clinica. Non vi è alcuna evidenza di interazione farmacocinetica tra budesonide e formoterolo. I parametri farmacocinetici per le rispettive sostanze erano confrontabili dopo la somministrazione di budesonide e formoterolo in quanto monoprodotti o in quanto Symbicort. Per budesonide, l'AUC era lievemente più elevata, il tasso di assorbimento più rapido e la concentrazione di picco nel plasma più alta dopo la somministrazione della associazione fissa. Per formoterolo, la concentrazione di picco nel plasma era simile dopo la somministrazione della associazione fissa. Budesonide inalata viene rapidamente assorbita e la concentrazione di picco nel plasma viene raggiunta entro 30 minuti dopo l'inalazione. Negli studi, la deposizione polmonare media di budesonide dopo inalazione tramite Turbohaler variava dal 32 al 44% della dose inalata. La biodisponibilità sistemica è di circa il 49% della dose inalata. Formoterolo inalato viene rapidamente assorbito e la concentrazione di picco nel plasma viene raggiunta entro 10 minuti dopo l'inalazione. Negli studi, la deposizione polmonare media di formoterolo dopo inalazione tramite Turbohaler variava dal 28 al 49% della dose inalata. La biodisponibilità sistemica è di circa il 61% della dose inalata. ***Distribuzione e metabolismo*** Il legame alle proteine plasmatiche è di circa il 50% per formoterolo e 90% per budesonide. Il volume di distribuzione è di circa 4 l/kg per formoterolo e 3 l/kg per budesonide. Formoterolo è inattivato tramite reazioni di coniugazione (si formano metaboliti attivi 0-demetilati e deformilati, per lo più rilevati come coniugati inattivi). Budesonide subisce un grado esteso (circa 90%) di biotrasformazione al primo passaggio epatico in metaboliti a bassa attività glucocorticosteroidea. L'attività glucocorticosteroidea dei metaboliti principali, 6beta-idrossi-budesonide e 16alfa-idrossi-prednisolone, è inferiore all'1% di quella di budesonide. Non esistono indicazioni di alcuna interazione metabolica o recettoriale tra formoterolo e budesonide. ***Eliminazione*** La maggior parte di una dose di formoterolo viene trasformata tramite metabolismo epatico seguito da eliminazione renale. Dopo inalazione, dall'8 al 13% della dose inalata di formoterolo viene escreta non metabolizzata nelle urine. Formoterolo ha un elevato livello di eliminazione sistemica (circa 1.4 l/min) e l'emivita terminale è in media 17 ore. Budesonide viene eliminata per via metabolica principalmente catalizzata dall'enzima CYP3A4. I metaboliti di budesonide sono eliminati nelle urine come tali o in forma coniugata. Sono stati riscontrati solo livelli trascurabili di budesonide immodificata nelle urine. Budesonide ha un'elevata eliminazione sistemica (circa 1.2 l/min) e l'emivita di eliminazione plasmatica dopo somministrazione i.v. è in media 4 ore. La farmacocinetica di budesonide o di formoterolo in bambini e in pazienti con insufficienza renale non è nota. L'esposizione di budesonide e formoterolo può risultare aumentata in pazienti con alterazione della funzionalità epatica. ***5.3 Dati preclinici di sicurezza*** La tossicità osservata negli studi nell'animale con budesonide e formoterolo somministrati in associazione o separatamente si è dimostrata sotto forma di effetti associati ad attività farmacologica esagerata. Negli studi di riproduzione nell'animale, i corticosteroidi come budesonide hanno dimostrato di indurre malformazioni (palatoschisi, malformazioni scheletriche) . Tuttavia, tali risultati sperimentali nell'animale non paiono di rilevanza nell'uomo se ci si attiene alle dosi raccomandate. Gli studi di riproduzione nell'animale con formoterolo hanno dimostrato una certa riduzione della fertilità nei ratti maschi dopo elevata esposizione sistemica e perdite degli impianti embrionali, così come sono state osservate, ad una esposizione molto più elevata rispetto a quella osservata durante l'uso clinico, aumentata mortalità postnatale e riduzione del peso alla nascita. Comunque, questi risultati sperimentali nell'animale non paiono di rilevanza nell'uomo.

6. INFORMAZIONI FARMACEUTICHE

6.1 Elenco degli eccipienti Lattosio monoidrato (contenente proteine del latte) ***6.2 Incompatibilità*** Non pertinente. ***6.3 Periodo di validità*** 2 anni. ***6.4 Speciali precauzioni per la conservazione*** Non conservare a temperatura superiore ai 30° C. Tenere il contenitore ben chiuso. ***6.5 Natura e contenuto del contenitore*** Turbohaler è un inalatore multidose per polveri, azionato dal flusso inspiratorio. L'inalatore è bianco con una ghiera rotante di colore rosso ed è costituito da diversi materiali plastici (PP, PC, HDPE, LDPE, LLDPE, PBT). Ogni inalatore contiene 60 dosi. In ogni confezione secondaria vi sono 1, 2, 3, 10 o 18 inalatori. E' possibile che non tutte le confezioni siano commercializzate. ***6.6 Istruzioni per l'impiego, la manipolazione e lo smaltimento*** Nessuna istruzione particoalre

7. TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO

AstraZeneca S.p.A. - Palazzo Volta, Via F. Sforza - Basiglio (MI)

8. NUMERO DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO

1 Turbohaler da 60 dosi: A.I.C. 035194214/M

9. DATA DI PRIMA AUTORIZZAZIONE/RINNOVO DELL'AUTORIZZAZIONE

Gennaio 2006.

Meno tosse per tutti
(è storia vecchia)



Manifesto d'epoca (data non nota)
gentilmente fornito da Sandro Zanasi

AMERICAN COLLEGE OF

CHEST

PHYSICIANS

Congresso Nazionale
National Meeting

Capitolo Italiano Italian Chapter

Regent: Prof. Giuseppe Di Maria (Catania, Italy)



4 - 6 maggio 2006
Città della Scienza
Napoli, Italy

CORSI DI AGGIORNAMENTO
Diagnostica in Pneumologia
Riabilitazione Respiratoria
Test da Sforzo Cardio-Polmonare

ACCP FORUM
La Malattia Polmonare Cronica Ostruttiva

SESSIONI PRINCIPALI
Allergologia Respiratoria
Assistenza domiciliare respiratoria
Disturbi Respiratori del Sonno
Infezioni polmonari
Informatica e Pneumologia
Interstiziopatie Polmonari
Tecniche Diagnostiche Invasive in Oncologia
Terapia Intensiva Respiratoria

Segreteria Scientifica



Unità Funzionale di Riabilitazione Respiratoria
Resp.: Dott. Francesco de Blasio
Via Cintia, Parco San Paolo - 80126 Napoli
Tel. 081 7283144 - Fax 081 8046977
e-mail: fdeblasio@qubisoft.it

Segreteria Organizzativa



G.P. Pubbliche Relazioni s.r.l.
Via San Pasquale a Chiaia, 55 - 80121 Napoli
Tel. 081 401201 - 412835
Fax 081 404036
e-mail: info@gpcongress.com

Gli inserzionisti

Gianni Balzano
U.O. Complessa di Pneumologia e Riabilitazione Respiratoria, Fondazione Salvatore Maugeri, IRCCS, Istituto Scientifico di Telese Terme (BN)

Giuseppe Munafò
U.O.C. Malattie dell'Apparato Respiratorio, Ospedale S. Maria Goretti, Latina

Richard S. Irwin
MD, FCCP, Editor in Chief, Northbrook, IL

Vincenzo Zagà
Presidio di Pneumotisiologia, AUSL di Bologna, Vice-Presidente e Tesoriere, Società Italiana di Tabaccologia

Franco Salvati
Primario pneumologo emerito, Ospedale Forlanini, past president FONICAP, Responsabile Area Scientifica SITAB Fumo e Oncologia

Marilena Cipollaro
Dipartimento di Medicina Sperimentale, Sezione di Biotecnologie e Biologia Molecolare, Facoltà di Medicina, 2° Università di Napoli

Gaetano Piccinocchi
Medico di Medicina Generale, Presidente SIMG Napoli, Società Italiana di Medicina Generale

Augusta Battistini
Università degli Studi di Parma

Roberta Marvasi
Università degli Studi di Parma

Alessandro Zanasi
Fisiopatologia Respiratoria, A.O. Policlinico S. Orsola Malpighi Bologna

Gennaro D'Amato
UOC di Pneumologia ed Allergologia, Dipartimento di Malattie Respiratorie, Az. Ospedaliera "A. Cardarelli" Napoli

Giuseppe Lauriello
Primario Pneumologo Emerito, Ospedale Giovanni da Procida, Salerno

Camillo Barbisan
Professore di Filosofia; Sacerdote della diocesi di Treviso, Comitati di Bioetica ASL 9 e 10, Regione Veneto

Nadia Zorzin
Grafica, disegnatrice, pittrice, Trieste

Francesco Iodice
U.O.C. di Fisiopatologia e Fisiokinesiterapia Respiratoria, Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale "A. Cardarelli", Napoli

Franscesco Sgambato
Divisione di Medicina Interna, Ospedale "Sacro Cuore di Gesù" Fatebenefratelli, Benevento

Sandro Amaducci
U.O.C. di Pneumologia, A.O. Ospedale San Carlo Borromeo, Milano

Francesco de Blasio
Unità Funzionale di Riabilitazione Respiratoria, Casa di Cura Clinic Center, Napoli

In copertina | Giuliana Maldini

Hai voluto la bicicletta? E adesso, pedala!

Francesco de Blasio

Chissà perché, ma questi innocui articoletti finisce sempre che li scrivo in una sala d'attesa di un aeroporto. Sarà perché il tempo a disposizione non è mai sufficiente, oppure perchè in questi posti si trova la concentrazione necessaria a farlo ... Sta di fatto che l'ispirazione mi viene spesso a Catania Fontanarossa (dove mi trovo in questo momento), piuttosto che a Verona Catullo o a Milano Malpensa. Non c'è bisogno di essere necessariamente un globe-trotter, ma almeno una volta al mese mi capita di prendere l'aereo per andare ad un congresso e dover attendere per lunghe e noiose coincidenze. In un mio precedente "A prescindere" mi è capitato di citare le parole di mia moglie, la quale ironizza sui sacrifici cui vado incontro quando viaggio per lavoro ("Com è dura la vita del congressista! Eh?). E non ci provo, nemmeno in questa occasione, a tentare di spiegare il mio punto di vista. Se potessi (ma, ripeto, non ci provo) spiegherei che la cortesia ed un obbligo di riconoscenza mi induce a non rinunciare all'invito di un collega che vuole la mia partecipazione ad un Convegno Regionale, così come non posso rinunciare alla presenza (ancorché in veste di semplice spettatore/ discente) in occasione di un importante Congresso Internazionale (ad esempio, ACCP o ERS)

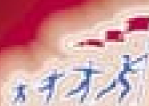
E capita sovente, quindi, che ci si sobbarchi lunghe soste in attesa di un check in, o che si percorra una distanza considerevole guidando di notte, oppure alzandosi la mattina molto presto per essere puntuali all'inaugurazione dei lavori.

Conosco diversi colleghi (e colleghe) che farebbero carte false per non perdersi neanche un simposio o meeting, pur di stare lontani dal lavoro (o addirittura dalla famiglia). E, inevitabilmente, sono quelli che collezionano una poco invidiabile serie di bagagli smarriti. Confesso di non aver perso mai un bagaglio (non sono superstizioso), ma è una possibile evenienza che non mi fa dormire. Hai voglia distribuire il necessario nel bagaglio a mano ! È facile a dirsi! Cosa puoi metterci dentro? Il pigiama? Ma ti resta fuori un ricambio di biancheria. Calzini e slip? E poi, come fai con le camicie? Non c'è nulla da fare! Quando il fatidico nastro trasportatore si è fermato senza che sia comparsa la tua valigia, con molta dignità ed altrettanta discrezione io ... mi metterei a piangere! Non ho alcun dubbio! Hai voglia a consolarti con la skyline più bella del mondo, con il tramonto simil-tropicale, l'underground o il Museo di Pincopallo. Quando non hai nemmeno un paio di mutande di ricambio, allora sono ... dolori di pancia!

Ed allora, compaiono i soliti gufi, iettatori ed invidiosi, che sussurrano: "Hai voluto la bicicletta? E allora pedala!"

Per i diversi quadri patologici dell'ostruzione bronchiale cronica.





SYMBICORT®

R03AK07

budesonide+formoterolo

SUPERIORE EFFICACIA.(1-4)









AstraZeneca 

www.astrazeneca.it